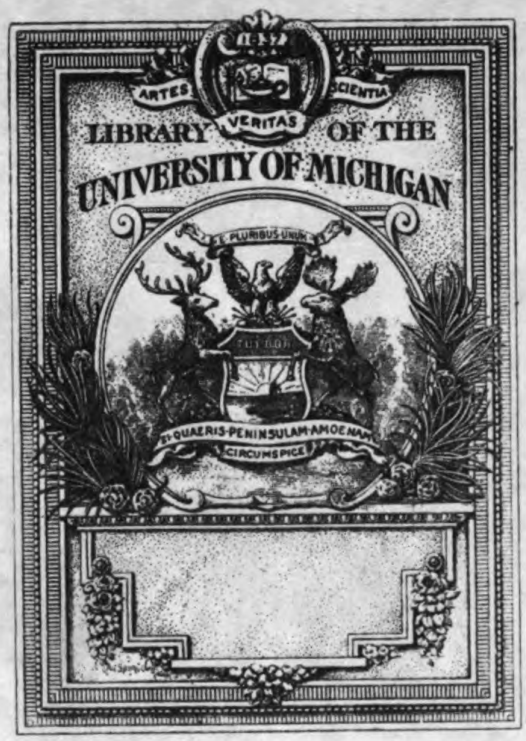
B 3 9015 00213 442 0
University of Michigan – BUHR

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

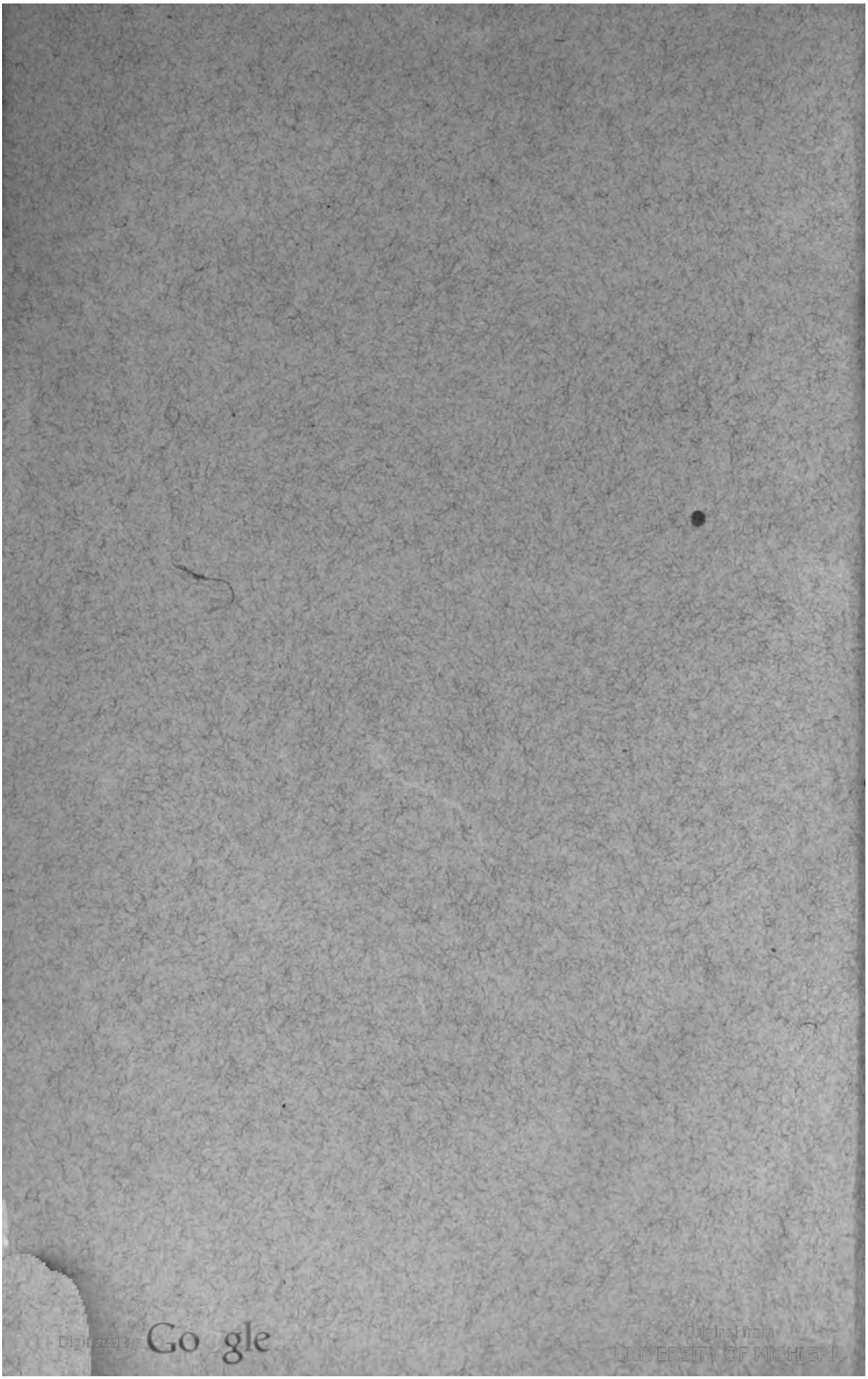


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

610.5
Z6,
N4

Digitized by Google
Digitized by
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie

Herausgegeben

im Verein mit zahlreichen Fachmännern
des In- und Auslandes

von

Dr. Robert Gaupp
Professor der Psychiatrie an der Universität Tübingen.

1909.
32. Jahrgang (Neue Folge 20. Band).

Leipzig, 1909
Verlag von Johann Ambrosius Barth
Dörrienstraße 16.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhaltsverzeichnis.

Originalartikel.

Seite

Allers, Rudolf. Über Störungen der Orientierung am eigenen Körper 341
von Bechterew, W. Über halluzinatorische Erinnerungen 421
von Bechterew, W. Die Angst vor geschlechtlicher Schwäche und vor dem Koitus als Ursache der Impotenz 505
Becker, Wern. H. Ein Beitrag zur Lehre von den Störungen der Assoziation . . 269
Besta, D. C. Über das gerinnende Vermögen des Blutserums der Epileptiker . . 459
Birnbaum, Karl. Dementia praecox und Wahnpsychosen der Degenerativen . . 429
Bleuler, E. Wahnhafte Einbildungen der Degenerierten 77
Bleuler, E. Zurechnungsfähigkeit und Krankheit 241
Bonhoeffer, K. Zur Frage der exogenen Psychose 499
Buck, Karl. Die Bedeutung des Traumas für die Entstehung von Hirngeschwülsten 193
Bumke, Oswald. Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins . . . 381
Chalewsky, Fanny. Heilung eines hysterischen Bellens durch Psychoanalyse . . 305
Ennen. Paranoia oder manisch-depressives Irresein? 434
Haymann, Hermann. Polyneuritis und polyneuritische Psychose auf morphinistischer Basis 863
Hellpach, Willy. Zur pathographischen Diagnose über K. F. Meyer 426
Heß, Eduard. Pädagogische Therapie bei jugendlichen Nerven- und Geisteskranken 1
Hirt, Eduard. Zur Psychologie und Klinik der „Somato- und Autopsychosen“ . . 922
von Hösslin, C. Beitrag zur Kenntnis des Verlaufes und Ausganges des manisch-depressiven Irreseins 823
Hoppe, H. Die Zeugung im Rausche 161
Juliusburger, Otto. Bemerkungen zur Psychologie der Zwangsvorstellungen und Verwandtenehe 830
Knauer, A. Über periodischen Mutazismus beim Reihensprechen 153
Kreichgauer, Rosa. Zur Frage der Vererbung von Geisteskrankheiten 877
Lange, Wilhelm. Konrad Ferdinand Meyer. Eine pathographische Skizze . . . 209
Lange, Wilhelm. Die Psychose Maupassants 739
Liebers, Max. Über Manie im Kindesalter 80
Loewenfeld, L. Über traumartige und verwandte Zustände 539. 587
Oeconomakis, Milt. Ein Fall von Dementia praecox nach dem 40. Lebensjahr . 619
Pachantoni, D. Der Traum als Ursprung von Wahnideen bei Alkoholdeliranten . 796
Pighini, Giacomo. Cholesterine et Reaction de Wassermann 775
Plaut, F. Die luetischen Geistesstörungen 659
Rühle. Ein Fall von Hirntumor bei Paralyse 233
Schroeder, Julius. Über die Systematik der funktionellen Psychosen 903
Skliar, N. Zur Kritik der Lehre Freud's über die Zwangszustände 41
Stockmayer, W. Zur psychologischen Analyse der Dementia praecox 699
Wulff, M. Beitrag zur Psychologie der Dementia praecox (Schizophrenie) . . . 113

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sachregister.

(Die Zahlen geben die Seiten an.)

A.

Abduzenslähmung und Otitis 191.
Abkühlungsreaktion des Warmblütermuskels 698.
Abort, krimineller — 639.
Abräumzellen im Zentralnervensystem 610.
Abstammungslehre und Vererbungslehre, induktive — 76.
Abstinentismus (s. auch Alkohol) 256.
Abstinenzdelirium 65.
Adduktorenreflex 731.
Adeno-Lipomatosis 445.
Adiposalgie 228.
Adrenalin, Wirkung des — auf das Zentralnervensystem 330.
Affenspalte beim Menschen 252. 308.
Akromegalie 94. 526. 644. 856, — und Diabetes 371.
Akroparästhesien 259.
Akustikustumor 256.
Alkohol und Geistesstörung 65, — und Verbrechen 66, — und Epilepsie 647, Genuß des — im Kindesalter 649.
Alkoholfrage 64. 65. 487. 586, — und Strafrecht 487.
Alkoholhallucinosis acuta et chronica 535.
Alhoholismus 256, Bekämpfung des — 256, Fürsorge bei — 139. 352. 649.
Alkoholpsychose, atypische — 685. 686.
Alkoholtherapie in der Medizin 103.
Alkoholvergiftung 727.
Alter, psychische Veränderungen im — 408.
Ambidextrismus 633.
Amentia 109, — und Dementia praecox 265.
Amusie 764.
Amyotonia congenita 896.
Amyotrophia spinalis 174. 946, — nach Trauma 946, — scapulobrachialis 174.
Anämie, perniziöse — und Rückenmarkserkrankung 766.
Anatomie, pathologische — des Nervensystems 283 (s. auch Nerven, Glia).
Aneurysma der Gehirnarterie 185.
Angst vor dem Koitus 505.
Ankylostomiasis, psychische Störungen bei — 861.
Anstalten für Degenerierte 295.
Aphasie 90 ff. 225. 310. 337. 408. 598. 895, amnestische — bei Eklampsie 215, motorische — 22, Lesen und Schreiben bei — 687.
Apoplexie nach Unfall 333 (s. auch Trauma).
Apparate in dem Hirn 691.
Appenzell, Irrenanstalten in — 760.
Apraxie 336, motorische — 406, — und Dementia praecox 409.
Arbeit, Erziehung zur — 268, Heilwert der — 492.
Arteriosklerose 727, Hirnerkrankung bei — 11. 13. 30. 408. 481, Psychosen bei — 11. 13. 38. 265.
Arzt als Erzieher des Kindes 315.
Assoziation, Störungen der — 269.
Assoziationsexperiment in der Psychiatrie 693.
Astereognose 333.
Asthma bronchiale 527.
Asymbolie 45.
Atavismus, Wesen des — 630.
Ataxie, motorische — nach Gemütsbewegung 854, hereditäre — 767.
Atmen, dissoziiertes — 320.
Atoxyl 152, — und Auge 456. 651.
Aufbrauchstheorie (Edinger) 20.
Auge, Ausreißen des — durch einen Geisteskranken 816.
Augenbewegungen, kortikale Zentren der — 448.
Augenmuskeln, Schema der Funktion der — 851.
Ausdrucksbewegungen, Untersuchung der — 634.
Aussage, Psychologie der — 268.
Automatismus ambulatorius 38.
Autopsychosen 922.

B.

Babinski'scher Reflex 22.
Balkendurchstoßung bei Hirndruck 15. 186.
Basedow 420, Behandlung des — 370. 371, — und Psychosen 292, Pupillenstörungen bei — 408, Verlauf des — 497, — nach Tuberkulose 107.
Bauchmuskellähmungen, segmentäre — 60.
Bauchorgane, Sensibilität der — 851.
Begnadigungswahn der Lebenslänglichen 294.
Bell'sches Phänomen 407.
Benennungen im Irrenwesen 651.
Beschäftigungsneuritis 340, — des Ulnaris 736.
Beurteilung von Geisteskranken, Irrtümer bei — 754.
Bewahrungshaus 147.
Blastomykose der Haut und des Gehirns 897.
Blitzverletzungen 454.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Blutdruckmessungen bei Nervenleiden 558.
Brandstifter, Psychopathologie der — 684.
Brigantentum 637.
Bromismus 67.
Brompräparate 327.
Bromural 895.
Brunnenrausch 67.
Bulbärlähmung durch Apoplexie 768, Augenmuskellähmung bei — 769, akute — 769.

C.

Caisson-Krankheit 899.
Cephalocele 187.
Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks 57.
Chloralhydrat, Entgiftung des — 68.
Cholesterin und Wassermann'sche Reaktion 775.
Cholin in der Spinalflüssigkeit 296.
Chorea minor 494, — der Hunde 495, Behandlung der — 496. 648, Psychose bei — 30, — und Epilepsie 263, Polyzythämie bei 648.
Creux susclaviculaire 21.
Cucullarislähmung 75.

D.

Dämmerzustände, Leistungsfähigkeit in — 109.
Daktyloskopie 636.
Defektbildung der Glieder, Veränderungen des Nervensystems bei — 737.
Degeneration, sekundäre — im Rückenmark 148.
Degenerationsmorphologie bei Irren und Verbrechern 631.
Degenerationszeichen 327, — am Auge 190.
Degenerative Wahnbildungen 77. 429. 478. 529, — bei Verbrechern 478.
Délire d'interprétation 443.
Delirium acutum 415.
Delirium tremens 65. 66. 415, künstliche Gehörstäuschungen bei — 232, Traum bei — 796.
Dementia choreo-asthenica 182.
Dementia infantilis 536.
Dementia paralytica, Ursachen der — 20 (vgl. Paralyse, progressive).
Dementia paranoides 408. 895.
Dementia posttraumatica 30 (s. auch Trauma).
Dementia praecox 27. 290, Psychologie der — 113. 699. 860, Kopfschmerz bei — 109, — und degeneratives Irresein 429, — nach dem 40. Lebensjahre 619, Verlauf der — 861, Katamnesen bei — 575, Prognose der — 756, Anatomie der — 220. 478, Lungenleiden bei — 860, Kriminalität bei — 417. 638, Mord bei — 417, — und manisch-depressives Irresein 689, — paranoides 408. 895
Dementia senilis, Anatomie der 375.
Denkstörungen und Bewegungsstörungen 14.
Denkvorgänge, reaktiver Charakter der — 773.
Depressionszustände 260, Autointoxikation bei — 862.
Deserteure 638.
Diabetes, Akkomodationslähmung bei — 857, Hämatom der Sehnervenscheiden bei — 192, Arzneibehandlung des — 856.
Diabetes insipidus 371.
Diagnostik, psychiatrische — 56.
Diphtherische Lähmung 334. 946.
Diplegia brachialis polyneuritica 92.
Dissertationen in Frankreich 298, — in der Schweiz 303.
Dura, Verwachsungen der — mit der Hirnrinde nach Operationen 897.
Dysmenorrhöe 14.
Dyspepsie, nervöse — 520.
Dystrophia musculorum 453. 945, — im Kindesalter 770.

E.

Ecnoia 85.
Edel's Heilanstalt, Festschrift über — 755.
Ejaculatio praecox 615.
Einbalsamierung 638.
Elektrizität, Verletzungen durch — 94. 454.
Elektrische Vorgänge der Haut bei psychischen Prozessen 311.
Elektrodiagnostik und Elektrotherapie 57.
Elektropathologie 733, Atlas der — 609.
Elektrophysiologie, pathologische — 733.
Emanation der psychophysischen Energie 222.
Empfindungen, druckartige — 696.
Encephalitis acuta hämorrhagica 457. 895, — chronica 54.
Encephalomyelitis disseminata 481.
Endotheliom des Ganglion gasseri 337.
Entmündigungsgesetz in Österreich 802.
Entwicklungsgedanke in der Philosophie 76.
Epilepsie 634, psychische — 585, Pathogenese und Diagnose der — 106. 847, Ernährung bei — 756, Prodromalsymptome bei — 734, Menstruation bei — 408, Status hemiepilepticus bei — 369, Cholin bei — 494, — bei Geschwistern 494, — und Lues 494, Brom bei — 179, Stimmzeichen bei — 106, Pathologie der — 106, Stoffwechsel bei — 106. 286. 370. 446. 756, Blutserum bei — 459, Psychosen bei — 260, — und Schwachsinn im Kindesalter 260.
Epithelkörper bei galvanischer Übererregbarkeit der Kinder 449.
Erblindung, zerebrale — 452.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erdbeben, psychische Wirkungen des — 616.
Erinnerung, Aussage und Lüge in der ersten Kindheit 255 (s. auch Kind).
Erinnerungen, halluzinatorische — 421.
Erkennungsdienst, internationaler — 635.
Erkennungsfähigkeit für sensorische Eindrücke 635.
Ermüdung und Psychose 19.
Erwartungsneurose 103.
Erziehungsheime 639.
Ethoiatrie 641.
Eupraxie bei Rechtsgelähmten 453.
Exhibitionismus 327.
Exogene Psychosen 499.

F.

Fachangst 32.
Facialis, sensible Fasern des 101. 737. 850, Ohrschmerz bei Erkrankung des — 736, Krampf des — 39. 339, Lähmung des — 39. 74. 101. 947.
Familienmord durch Geisteskranke 489.
Familienpflege Geisteskranker 532.
Fetischismus 531.
Fibromatosis der Nervenscheiden der Augenlider 185.
Fingerbeugereflex 453.
Fingernagel, Druckschmerzhaftigkeit des — 531.
Finnländisches Irrenwesen 34.
Folie raisonnante 443.
Freud's Lehren 87. 419. 528 (s. auch Psychanalyse, Traum).
Friaul's Irrenanstalten 759.
Frühentlassungen 532.
Fürsorgeerziehung 318. 488.
Fürsorgezöglinge, Beobachtungsstationen für — 531.
Fußklonus, Aufzeichnung des — 409.

G.

Ganglien, hypospinale — 295.
Ganglion geniculatum, Herpes bei Erkrankung des — 735. 736.
Gaumensegelkrämpfe 855.
Gebärende, Geisteszustand der — 37.
Gebührenordnung, preußische — 221.
Gedächtnis und Phantasie 450.
Gedächtnisbilder, optisch-anschauliche — 451.
Gedächtnismessungen 312.
Gedankensichtbarwerden 36.
Gefängnispsychosen 292. 557.
Gefäßkrisen 292.
Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik, topische — 609.
Gehirnphysiologie 56. 520. 691. 721 (s. auch Hirn).
Geisteskranke, Unterbringung gefährlicher — 110. 486. 641, — in Hessen 486.
Geisteskrankheiten (s. auch Psychiatrie) bei verschiedenen Völkern 57.
Genie, Wesen des — 177.
Gerichtliche Medizin 222. 313, Atlas der — 24.
Gerichtliche Psychiatrie 25. 152. 255.
Gerichtsärztliche Diagnostik am Kopf, Schädel und Gehirn 222.
Gerichtsärztliche Gutachten 313.
Geschäftsfähigkeit 486.
Geschlecht und Verbrechen 40.
Geschlechtsgefühl 729.
Geschlechtskrankheiten 297.
Geschwülste des Nervensystems 140.
Gleichgewicht, Psychologie des — 694.
Glia, Färbung der 148, Verhalten der — bei akuten Psychosen 480.
Gliom 897 (s. auch Hirntumor).
Gliosarkom 574 (s. auch Hirntumor).
Graphologie 374.
Greisenalter in forensischer Beziehung 110.
Grenzzustände, psychische — 24.
Größenideen, Pathologie der — 36.
Großhirnrinde, Physiologie der — 520. 721.
Gyrus supramarginalis 149. 436.

H.

Hämatomyelie 50. 768.
Halluzinationen bei erhaltener Krankheitseinsicht 407.
Halswirbelluxation und Rückenmarksverletzung 458.
Haubenkern 319.
Head's Sensibilitätsprüfung 404. 405.
Heilpädagogik 318. 532.
Hemiatrophia trophica 334.
Hemiplegia pseudohysterica 330.
Hemiplegie, Sensibilitätsstörungen bei — 22, Spätkontraktur bei — 763, zerebrale — ohne Kontraktur und Reflexsteigerung 173.
Herisau, Anstalt in — 760.
Herpes des Trommelfells 70, — zoster 70, — zoster ophthalmicus 452.
Herzneurosen 297. 553.
Heterotopie im Rückenmark 61.
Hilfsschule 438, Organisation der — 418, Arzt in der — 437, — Deutschlands 297, — Ungarns 533.
Hinken, intermittierendes — 75. 846.
Hirnabszeß 221, Pneumokokkus bei — 897.
Hirndruck, Entlastung des — 15.
Hirnerkrankungen, tödliche — ohne anatomischen Befund 335.
Hirngewicht, Bestimmung des — 698.
Hirnhaut, Tumor der — 23.
Hirnmaterie 149.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hirnpunktion 529 (s. auch Balkenstich), — und Trepanation 733.
Hirnrinde, Aufbau der — 449.
Hirnsyphilis, Diagnose der — 562.
Hirntumor 187. 337. 517. 897. 898. 899. 900. 947, multiple — 254, Diagnose des — 762, vasomotorische Symptome bei — 763, — nach Trauma 193, operative Behandlung des — 818, — und progressive Paralyse 233.
Hirnventrikel, Anatomie der — 581.
Hirnverletzung nach Schädelbruch 467.
Histologie des Nervensystems 283.
Histopathologie der Hirnrinde 108.
Hölderlin's Leben u. Krankheit 690.
Hörsphäre des Gehirns 150.
Homosexualität 94. 264. 538. 638. 813.
Huntington'sche Chorea 495.
Hydrocephalus 335. 337. 578, — chronicus und Lues 187, — internus, Dauerdränage der Ventrikel bei — 733.
Hydrophobie 853.
Hygienisches Leben 112.
Hyperemesis gravidarum 419.
Hypermetamorphose 756.
Hyperprosexie 756.
Hypnose, Technik der — 151. 612.
Hypochondrie 416.
Hypophyse, Tumor der — 187. 526. 898, Freilegung der — 51. 819, Diabetes bei Erkrankung der — 580.
Hypotonie, Messung der — 453.
Hysterie, Lehre von der — 441. 442, Begriff der — 268. 490, Wesen der — 648, Anfall bei — 268. 491. 854, Astasie-Abasie bei — 492, Freud'sche Lehren von der — 25, Pathogenese der — 103. Halbseitige Krämpfe bei — 494, Aphasie bei — 21. 174, Hemiplegie bei — 103. 174, Lethargie bei — 329. 416, Bellen bei — 305, Mutismus bei — 812, Kontrakturen bei — 369, Pupillenstarre bei — 373. 854, Zurechnungsfähigkeit bei — 586, Krankenpflege bei — 532, Gesichtsfeld bei — 811, Totalanästhesie bei 811, Augensymptome bei — 854, — und organisches Nervenleiden 854, — und Katatonie 256, Psychosen bei — 264.

I.

Ibsen's pathologische Gestalten 582.
Identifikationsdienst 635.
Idiotie 537, Untersuchung der — 312, — mit Epilepsie 406, familiäre amaurotische — 533. 810, moralische — 584.
Imbezillität 31, kriminelle Instinkte bei — 893.
Impotenz, psychische — 418. 505.
Induktionsapparat, transportabler — 572.
Induziertes Irresein 373.
Infektionskrankheiten in Anstalten 219.
Infraspinatusreflex 731.
Intoxikation, anaphylaktische — 858.
Intoxikationspsychosen 500.
Invalidenversicherte, nervöse — 642. 852.
Irrenärzte, Angriffe auf — 34, — u. Richter 295.
Irrenanstalten, Sammelatlas der — 59, — in Frankreich 814, — in Norwegen 816, — in Finnland 34.
Ischias 70. 71. 72, — und Unfall 771, operative Behandlung der — 189. 340.
Isolierzimmer 814.
Isopral 326.
Italiener, Geisteskrankheiten der — in Amerika 859.

J.

Jahresberichte der Irrenanstalten 644.
Juden, Psychosen der — 530. 807.
Jugendbelehrung, sexuelle — 40.
Jugendkolonien 639.
Jugendliche, Behandlung der kriminellen — 640, Behandlung der jugendlichen Geisteskranken 465.

K.

Katatonie, Behandlung der — 860.
Keratitis neuroparalytica 820.
Kinderpsychologie 142. 255 (s. auch Erinnerung). 282. 315. 582. 774.
Kinematogramme von Geisteskranken 689.
Kleinhirn, Augenbewegungen bei Reizung des — 329, — und Sprache 192, Reizung des — 150. 329, Blutung des — 335, Tumor des — 337.
Kleinhirn-Brückenwinkel, Tumor des — 763.
Knochenzyste im Hinterhauptsbein 169.
Knochenreflexe, Bedeutung der — 174.
Kohlenoxydvergiftung 68.
Kokainisierung des Rückenmarks 63.
Komplexpsychologie 693.
Konvergenzstarre der Pupille, einseitige — 756.
Kopfgröße und Intelligenz bei Schulkindern 555.
Kopfmessung am Lebenden 149.
Kopfschmerzen, nasale — 74.
Krampf, Wesen des — 252.
Kranioskopie 631.
Krankenhauswesen u. Heilstättenbewegung im Lichte der sozialen Hygiene 313.
Kreislaufspsychosen 576.
Kreosotneuritis 68.
Kretinismus 147, Implantation von Schilddrüsengewebe bei — 325.
Kriminalanthropologie 629 ff. (s. auch Lombroso) 948.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kriminalität einzelner Berufe 639, — der Frauen 639, — der Kinder 639.
Kriminalpsychologie 637. 948.

L.

Längsbündel, Kern des hinteren — 319.
Lärm, Psychologie des — 694.
Landry'sche Paralyse 62. 73.
Langenhagen, Anstalt 759.
Lebenslängliche, Psychosen der — 292.
Leidenschaftsverbrechen 638.
Lepra anaesthetica 256. 947.
Leuchtgasvergiftung, Amnesie nach — 857.
Lezithin bei Lues, Tabes u. Paralyse 316.
Linkshänder 323. 519. 605. 718.
Linsenkern, Erkrankung des — ohne Aphasie 734, — und Sprachstörung 17.
Lombroso's Leben u. Werke (Nekrolog) 948.
Lues cerebri bei Jugendlichen (s. auch Syphilis) 12.
Luftschiffahrt, Physiologisches bei — 445.
Lumbalanästhesie 321.
Lumbalpunktion 110.
Lymphozytosis bei Rückenmarkssyphilis 174.

M.

Makrobiosis 326.
Manie im Kindesalter 80, — und Paralyse 406.
Manisch-depressives Irresein 26. 27. 172. 247. 376. 809, Heredität bei — 372, Umgrenzung des — 381, Schmerzen bei — 291, apperzeptive Schwäche bei — 268, apperzeptive Sehschwäche bei — 498, amentiaartiges Bild bei — 376, Verlauf und Ausgang des — 823, — und Hysterie 109.
Mann u. Weib 729.
Marchimethode 448.
Maupassant's Krankheit 582. 739.
Medinal (s. auch Veronalnatrium) 18. 151. 420.
Medizin und Überkultur 695.
Medulla oblongata, Anatomie der — 295.
Melancholie 29. 371, Stoffwechsel bei — 485, — mit Tics und hysterischen Zügen 530, alkoholische — 407, paranoide — 416.
Meningitis 821. 943. 945, — durch Gonokokken 944, — nach Trauma 944, — nach Orbitalphlegmone 819, — syphilitica 23, — tuberculosa bei alter Dementia praecox 583.
Menschenkenner 95.
Menschenkunde 582.
Meralgia paraesthetica 74.
Merkfähigkeit, Prüfung der — 37.
Meyer, Konrad Ferdinand (Pathographie) 209. 224. 426.
Migräne 175, — und Hemianopsie 106.
Mikrographie 355.
Milchsäurevergiftung 761.
Militärische Vergehen kranker Soldaten 312.
Mißbildungen des Gehirns 85.
Mitgefühl u. Rechtspflege 641.
v. Mohl's Schädel 696.
Mongolismus 326. 537. 685.
Monoplegie durch Erkrankung des Lobus paracentralis 762.
Moralischer Schwachsinn 264.
Mord u. Selbstmord 894.
Morphinismus 554, — pathologische Anatomie bei — 328, Polyneuritis und Psychose bei — 863.
Motorische Zentren im Kortex 756.
Muskelatrophien 409.
Muskelsinn 321.
Muskelspannung, infantile — 405.
Muskelveränderungen, alkoholische — 650.
Mutazismus, periodischer — 153.
Myasthenie 173. 322, — und Muskelatrophie 23, — gravis 335.
Myelitis, akute retrobulbäre Neuritis bei — 454, — in der Schwangerschaft 943.
Myoclonie 496.
Myosklerosis 174.
Myotonie und Muskelatrophie 101.
Myödem 218.
Myxofibrom des Felsenbeins 898.

N.

Nachsprechen u. Wortfindung 225.
Nägelkauen 584.
Nährmittel, künstliche — 181.
Narkotisierte Nerven, physikalische Veränderungen an — 579.
Nervenfaser, Anatomie der — 469.
Nervengewebe, Entwicklung des — bei den Wirbeltieren 885.
Nervenheilstätten 468.
Nervenkrankheiten, Klinik u. Atlas der chronischen — 608, Behandlung der — 847, Lehrbuch der — 940.
Nervenkreuzung, Rückenmarksbefunde nach — 817.
Nervenmassage 445.
Nervenpfropfung, Rückenmarksbefunde nach — 817.
Nervenpunkte 445.
Nervensystem, Anatomie des — 283. 469. 581. 885.
Nervenzelle, Struktur der — 283, Veränderung der — nach Überanstrengung 898.
Nervosität der Arbeiterschaft 614, Ursachen der — 806.
Neuerziehung, physische u. psychische — 692.
Neuralgien, Behandlung der — 22. 190. 845.
Neurasthenie, Psychologie der — 143, Pathogenese der — 316, Behandlung der — 489.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Neuritis appendicularis 92, Behandlung der — mit Nitroglyzerin 72, — centralis bei Melancholie 861. 896, Herpes zoster bei — 771, — bei Infektionskrankheiten 771, — des Nervus peroneus 436, des N. suprascapularis nach Trauma 369, — optica bei Nasenerkrankung 896, — nach Verletzung 23.
Neuroepithelioma gliomatosum 763.
Neurofibrillen, pathologische Anatomie der — 16, — in der lebenden Zelle 320.
Neurofibrom der Gesichtshaut 451, multiple — 101. 901.
Neurosen, Freud's Lehre von den — 363. 438, Prognose der traumatischen — 19, — der Stimme u. Sprache 613.
Neuropathie psychosplanchnique 812.
New Yorker Staatskrüppelheim 646, — Irrenanstalten 757.
Nucleogen 447.
Nucleus intratrigeminalis 319.
Nystagmus bei Drehbewegungen 321, familiärer — 192. 497.

O.

Oblongata, Tumoren der — 407.
Okulomotoriuslähmung, akute — 819. 820, — nach Traumen 331, periphere — 770.
Ödem, angioneurotisches — 259, einseitiges posttraumatisches — 173.
Ohnmachtsziegen in Amerika 615.
Onychotrichophagie 584.
Optischer Reizapparat 311.
Orient, Psychosen im — 859.
Orientierung, Störungen der — am eigenen Körper 341, Störungen der — bei Geisteskranken 373.
Ostitis deformans 92. 93.
Oxycephalie 92.

P.

Pädagogik bei jugendlichen Nerven- u. Geisteskranken 1.
Papilloma des Plexus chorioideus 900.
Paralysis agitans 61. 436.
Paralyse, aszendierende — 62 (s. auch Landry'sche Paralyse).
Paralyse, progressive — der Irren 26. 227. 659. 676, Dauer der — 406, Blut bei — 375, atypische — 406, familiäre und konjugale — 486, Hirnoberfläche bei — 325, — im Kindesalter 256. 325. 406. 408. 685. 862, Intermissionen bei — 406, Kniereflex bei — 535. 862, Neuritis bei — 536, Neurofibrillen bei — 536, Serodiagnostik bei — 133. 862, Plasmazellen bei — 93, Hirntumor bei — 233, — nach Unfall 415. 537, Ursachen u. Symptome der — 266, Wassermann'sche Reaktion bei — 133. 462. 659. 676. 862, — und Lues 110. 462. 659. 676, Spinalflüssigkeit bei — 584, Wirkung des Nuclein bei — 893, Stoffwechseluntersuchungen bei — 285, — bei katholischen Geistlichen 324, — bei einem Musiker 173.
Paramnesie 373.
Paramyoclonus multiplex 496.
Paranoia 443. 574, — acuta 38, — nach Kopfverletzung 860, — und manisch-depressives Irresein 434.
Paraplegie, akute — nach Wutschutzimpfung 62.
Parkinson'sche Krankheit 21.
Paroxysmale Lähmung 732.
Periodizität nervöser Symptome 102.
Peripherisch-nervöse Beschwerden, objektiver Nachweis der — 489.
Petroleumvergiftung 67.
Pflege Geisteskranker 297. 844.
Pflegepersonal in Anstalten 757.
Pflicht gesund zu sein 586.
Pharyngostomie 819.
Phipps Institut 760.
Photographie, farbige — im medizinischen Unterricht 23.
Phrenokardie 553.
Physikalisch-diätetische Heilmethoden 152.
Plantarreflex 175.
Plasmazellen bei progressiver Paralyse 93.
Poliencephalomyelitis acuta 23.
Poliomyelitis posterior des Ganglion geniculi 822.
Polizeiwesen, Psychologie u. Psychopathologie im — 34.
Polizeiwissenschaft 636.
Polymyositis interstitialis 74.
Polyneuritische Psychose 30. 407.
Pons, Faseranatomie der — 772.
Privatanstalten, Leiter der — 756.
Prognose der Geisteskrankheiten 371.
Prostitution 40.
Pseudobulbärparalyse 769.
Pseudomyasthenie 67.
Pseudoperiostitis angioneurotica 107.
Psychanalyse 323. 329. 530. 895, — und Pädagogik 418 (s. auch Freud, Hysterie).
Psychiatrie, allgemeines 903, Lehrbuch der — 651. 800, Grundzüge der — 283. 284, — und Nervenkrankheiten 230, — und soziale Medizin 528, — und Strafrechtsreform 584, vergleichende — 57. 530.
Psychogalvanisches Reflexphänomen 95.
Psychologie und Psychiatrie 256. 282.
Psychomotorische Erregungszustände 687. 842.
Psychopathische Persönlichkeiten 258.
Psychosen (s. auch Geisteskrankheiten) 529, Anatomie der — 529, — und Allgemein-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erkrankungen 529, — bei Arteriosklerose 11. 13. 38. 265, operative Behandlung der — 467, periodische — 266. 324, psychische Ursachen der — 529, — im Wochenbett 59.
Psychotherapie 150. 267. 417, Zeitschrift für — 268.
Ptosis, partielle — 183.
Puerperalpsychosen 59.
Pulsmessungen bei Nervenleiden 558.
Pupille, Physiologie und Pathologie der — 182. 292. 573. 772. 851.
Pupillenfasern des Sympathikus 573.
Pupillenphänomen im katatonischen Stupor 373.
Pupillenreaktion, hemiopische — 331.
Pupillenskala 773.
Pupillenstarre bei Hysterie 373, einseitige — 756, katatonische — 859.
Pupillenzentrum 455. 573.

Q.

Querulantenwahn und Entmündigung 487.

R.

Radialislähmung nach Luxation 190.
Rausch, pathologischer — 64, Zeugung im — 161.
Raynaud'sche Krankheit 108, — und Basedow 855.
Reaktion, reproduktive und assoziative — 696.
Rechenfähigkeit bei Schwachsinnigen 374.
Rechenkünstler Heinhaus 941.
Rechenstörung bei Hirnerkrankung 182.
Rechtshänder 323.
Recklinghausen'sche Krankheit 408.
Reflexkerne 560.
Reichsstatistik 687.
Rekurrenslähmung 75.
Rentenhysterie 264.
Riechlähmungen, traumatische — 94.
Rochester State Hospital 646.
Rösch, K. H. (Lebensbild) 533.
Rückenmark, Physiologie des — 56, Tierähnlichkeit im — 771, sensible Bahnen im — 850, Tumor des — 61. 767, Anästhesie des — 944. 945, Schmerzempfindung bei Kompression des — 64, experimentelle Veränderungen des — nach Blutinjektionen 61.
Rußland, Geistesstörungen der Juden in — 530.

S.

Sabromin 180. 326.
Säugetiere, Psychosen bei — 36.
Sanatogen 180.
Sauerstoffbäder 180.
Schädelbasisfraktur, Hämatom der Sehnervenscheide bei — 192.
Schädelkapazität, Bestimmung der — 698.
Schädeltrauma und Hirnverletzung 220.
Scharlach, Hemiplegie nach — 188.
Scheintote, Erweckung von — durch elektrische Ströme 650.
Schema zur Untersuchung der intellektuellen Störungen bei Geisteskranken 57.
Schilddrüse, Verhalten der — bei Geisteskranken 408.
Schizophrenie 113.
Schläfenlappen, Gehirn nach Entfernung der — 722.
Schlaf im Kindesalter 316.
Schlafmittel 59 (s. auch Medinal) 151.
Schlafstörung bei Magenleiden 311.
Schmerz, Physiologie des — 177.
Schreckziegen in Amerika 615.
Schularzt 437. 438. 556.
Schulkinder, Psychosen der — 806.
Schwachbegabte Kinder auf dem Lande 148.
Schwachsinn mit Größenideen 406, jugendlicher — 31. 296. 647, physiologischer — des Weibes 296.
Schwachsinnige, augenärztliche Untersuchung bei — 536.
Schwachsinnigenforschung 318.
Schwangere, Geisteszustand der — 37.
Schwefelkohlenstoffvergiftung 69.
Schweißsekretion, Anomalien der — 250.
Schwindler, pathologische — 535.
Seelenblindheit 451.
Sehbahn, zerebrale — 844.
Sehen und Sehstörungen bei Gehirnkrankheiten 141.
Sehnervenerkrankung bei Schwangerschaft 191.
Selbsterziehung 76.
Selbstmord 727, — in Bamberg 728, — Jugendlicher 895, — bei Schülern infolge Wahnvorstellung 374, Versuch des — als Unfallfolge 585.
Senile Psychosen 265.
Sensibilität, Prüfung der — 404.
Serodiagnostik 39. 133 ff. 334. 756. 775, — bei Augenleiden 452, — der Syphilis 409. 732.
Sexualität und Alkoholismus 65.
Sexualempfindung, konträre — 264. 538.
Sexualethik und Sexualpädagogik 729.
Sexualleben des Kindes 446.
Sexuelle Aufklärung 586.
Sexuelle Verbrechen 638.
Sexuelle Zwischenstufen, Jahrbuch der — 94.
Simulation geistiger Störung 324. 668, — bei Degenerierten 328, — bei Unfallkranken 312.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sinusthrombose, Augenhintergrund bei — 818.
Skeptizismus ethischer — 76.
Sklerose, multiple — 363, akute disseminierte — 256, sakrale Form der multiplen — 338, Neuritis optica bei — 339, — nach psychischem Chok 768, tuberöse — 129. 455.
Skopolamin-Morphium 650.
Skotom, hemiopisches — 256.
Solitärtuberkel im Rückenmark 61.
Somatopsychosen 922.
Somnambulismus und Spiritismus 141. 405.
Sonnenstich und Paralyse 408.
Spätapoplexie 335.
Spätheilungen 859.
Spasmophilie, Kalziumstoffwechsel bei — 104.
Spastische Lähmungen bei intakter Pyramidenbahn 556.
Spektroskop 575.
Spinalanalgesie 944. 945.
Spinalflüssigkeit, therapeutische Verwertung der — 614.
Spinalparalyse, syphilitische — 62.
Sprache des Kindes 142. 774.
Sprachverwirrtheit 406.
Stauungspapille, Behandlung der — 334. 450. 456. 817. 818, 901, Ursache der — 900.
Stirnhirndefekt, Atemstörungen bei — 733.
Stoffwechsel, respiratorischer — bei Psychosen 362.
Stottern 614.
Strafen, körperliche — 148.
Strafgefangene, geisteskranke — 557.
Strafgesetzgebung, Änderung der — 469.
Strafrechtsreform 488.
Stupor bei Katatonie und Hysterie 108, psychische Vorgänge im — 311.
Sympathikus-Neurosen 812.
Syphilis congenita cerebri 455, — und Nervensystem 56.
Syphilitische Geistesstörungen 659 ff. 676 ff.
Syringomyelie 409. 767, Cutis laxa bei — 767, pathologische Anatomie der — 768, Optikusatrophie bei — 454.
Systematik der funktionellen Psychosen 903.

T.

Tabak, Halluzinationen nach Genuß von — 409.
Tabes dorsalis 313, Anatomie der — 407, Behandlung der — 188. 339. 435. 765. 766. 946, eigenartige Form der — 764, Koryfin bei — 765, Enesol bei — 765, familiäre und konjugale — 486, Gefäßkrisen bei — 188, Heilung der — 435, — beim Kinde 93, periodisches Erbrechen bei — 92, — sacralis 947, — und Schwangerschaft 174, Übungstherapie der — 339, Verhalten des Lezithin bei — 316.
Tastlähmung, simulierte — 333.
Tatbestandsdiagnostik bei Untersuchungsgefangenen 894.
Tetanie, Behandlung der — 527, myotonische Symptome bei — 528, — der Kinder 20. 221.
Tetanus, lokaler — 229.
Thalassotherapie 942.
Therapie an den Berliner Kliniken 583.
Thymokesis 525.
Tic douloureux 845.
Tic Entarteter 530.
Tierpsychologie 56.
Tiodin 24. 152.
Tollwut 853.
Tolstoi als Charakter 754.
Tondressurmethode 722.
Tortikollis 770.
Tränendrüse, Innervation der — 449.
Traum, Analyse des — 857, — und Wahnvorstellung 796.
Traumartige Zustände 539. 587.
Traumatische Degeneration und Regeneration des Gehirns 17. 30.
Traumatische organische Nervenleiden 297.
Traumatische Neurosen 318.
Traumatische Psychosen 407.
Traumdeutung 364.
Tremor, Aufzeichnung des — 896, hereditärer essentieller — 330. 408, statischer — 689.
Trigeminusanästhesie, Hornhautphänomen bei — 69.
Trigeminuserkrankungen 39. 947.
Trigeminusresektion 70.
Trochlearislähmung 819.
Trophödem 93. 527.
Trophoneurose 334.
Trunksucht, Behandlung der — 649. 858.
Trypanosomiasis, Lumbalpunktion bei — 453.
Tuberkulöse, Ermüdbarkeit u. Reizbarkeit der — 808.
Tumor cerebri s. Hirntumor.
Turmschädel 181.
Typhus in Irrenanstalten 34. 35.

U.

Überernährungskuren 533.
Unfallhysterie 264. 852, Wasserkuren bei — 853.
Universitätsschriften, deutsche neurologische — 652.
Unterernährungskuren 533.
Unterricht, neurologischer u. psychiatrischer — in Amerika 260.
Uterus, sensible Innervation des — 851.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

V.

Valeriansäure 447.
Valisan 447.
Vasomotorisches System beim Menschen 730. 731.
Verbrechen u. Jahreszeit 637.
Verbrecher, Psychologie des — 297. 312, Unterbringung geisteskranker — 33.
Vererbung von Geisteskrankheiten 877.
Verfolgungswahn nach spiritistischen Sitzungen 406, physikalischer — 809.
Veronalnatrium 18 (s. Medinal). 151. 420.
Veronalvergiftung 69.
Verstimmungszustände 316.
Verwandtenehe u. Neurose 87.
Verwirrtheit, akute — 408.
Vorderhornerkrankungen bei Arthropathie 407.

W.

Wadenkrämpfe 73.
Wahnpsychosen bei Degenerierten 429. 583.
Wanderniere u. psychische Störung 409.
Wassermann'sche Reaktion 133. 409. 775 (s. auch Serodiagnostik, Lues).
Willensfreiheit 488.
Wirbelsäule, Verletzung der — 63, Tumor der — 64.
Wortblindheit 763.
Worttaubheit bei motorischer Aphasie 820.
Württembergischer Anstaltsbericht 645.
Wurzeln, sensible — des Rückenmarks 322.

Z.

Zehenreflex 817.
Zerebrospinalflüssigkeit, Mechanik der — 321.
Zeugenaussage, Psychologie der — 417. 634.
Zeugnisse u. Gutachten 894.
Zirkuläre Psychosen, Stoffwechsel bei — 485.
Zurechnungsfähigkeit 486, — bei Epilepsie 647, — u. Krankheit 241.
Zwangshalluzinationen 131. 258.
Zwangsvorstellungen u. Hysterie 258, — u. Verwandtenehe 830.
Zwangszustände 809, Lehre Freud's über die — 41.
Zwitter, rechtliche Stellung der — 842.

Namenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

A.

Abraham 65. 87. 90. 128. 249. 863.
D'Abundo 616.
Achard 92. 93.
Adam 437.
Adamkiewicz, A. 330.
Adler 195. 585.
Albanel 640.
Albers-Schönberg 72.
Albrand, W. 190.
Allen 30. 335.
Allers, R. 341.
Allmann, J. 943.
Alt 463. 465.
Alter 560.
Alquier 24. 408.
Alzheimer 659. 666. 676. 680. 686.
Anderson, J. F. 853.
Anfosso 642.
Angiolella 637.
Anglade 407.
Anhalt, G. 94.
Anker 756.
Annadale 195.
Antheaume, A. 408.
Anton 12. 13. 15. 18. 182. 186. 262. 343.
Antonini 631. 759.
Apelt, F. 558. 572. 698.
Arnaud 406.
Arndt, M. 227.
Aronsohn 531. 582.
Ascarelli 636.
Aschaffenburg, G. 110. 221. 232. 261. 272. 316. 469. 941.
Audenino 263. 323. 633. 634.
Auerbach, L. 579.
Aull 487.
Ayer 860.

B.

Babinski, J. 22. 23. 93.
Baccelli 376.
Bach, L. 292. 772.
Bachem, C. 59.
Bagh, K. 339.
Baker, A. R. 420.
Bálint, R. 322.
Baller 814.
Ballet 23. 406.
Balser 487.
Bardachzi 648.
Barnes 861.
Bartels 574. 818.
Bartlett 196.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Baudouin 22.
Baumann, W. 420.
Baur, E. 76.
Bayerthal 555.
v. Bechterew, W. 71. 268. 421. 505. 696.
Becker, Th. 284. 312.
Becker, W. H. 269.
Behr 222.
Belfadel A. 635.
Bell, C. 638.
Benda, C. 53. 581.
Benigni 415.
Bennecke 312.
Benon, R. 408.
Bergamasco 372.
Berger 483.
Bergmark, G. 70.
Berkley 860.
Bernhardt, M. 55. 262. 370. 606.
Bernstein 57. 528. 895.
Berze 486.
Beßmer 728.
Best 452.
Besta, D. C. 459.
Bethe 579.
Beyer 468.
Bezzola 165.
Biach, P. 771.
Bianchi 265.
Biberfeld, J. 63.
Bielschowsky 451. 898.
Bikeles, G. 817.
Bing 572. 609. 650.
Binswanger 11. 14. 45.
Björkman 34.
Bircher 147. 325.
Birnbaum 77. 258. 328. 429. 529. 671.
Biro 195. 769.
Bischoff 37. 50. 877.
Blaschko 732.
Bleier 356.
Bleuler 77. 126. 241. 429. 699. 839.
Bloch, A. 326.
Blumenthal 68.
Boas 649.
Boedeker 355. 362.
Boldt 766.
Bonhoeffer, K. 192. 328. 347. 499.
Bonvicini 763.
Booth 335.
Borchardt 51. 169. 363. 371. 581.
Borgius, W. 95.
Bornstein 316. 375. 732.
Boudon 23. 406.
Bouquet, H. 282.
Bourneville 93. 164. 262.
Boruttau 733.
v. Bramann 186.
Bramwell, E. 187. 945.
Bratz 89. 261.
Bregmann, L. E. 811.
Bresler 462. 488.
Breuer, J. 25.
Briand 584.
Brissaud 23. 175.
Brissot 584.
Broden, A. 453.
Brodmann 253. 309. 602. 726.
Brosch, A. 727.
Brown, R. D. 584.
Bruce 185. 898.
Brück-Faber 640.
Bruegelmann, W. 175.
Bruns 140. 195.
Brusa 635.
Buck, K. 193.
De Buck, D. 847.
Bürker 575.
Büttner, G. 148.
Bumke 381. 573. 754.
Bunnemann 13.
Burwinkel, O. 313.
Buschan, G. 40. 582. 941.
van Buskirk, E. M. 496.
Buvat 234.
Byrnes 897.

C.

Camp 850.
Campbell 38.
Campbell Goddes 856.
Capgras, J. 443.
Cassirer 54. 170. 171. 221. 321.
Catola 295.
Caron 445.
Carson, J. C. 537.
Chalewsky, F. 305.
Champy, Ch. 407.
Chance 452.
Charles, J. W. 901.
Charpentier, R. 407. 409. 638.
Chartier, M. 409.
Cherié-Liguière 632.
Chotzen, F. 535.
Christiansen, V. 947.
Citron 756.
Claparède, Ed. 56. 582. 634.
Clark, L. 106.
Clarke 235.
Claude, H. 23. 92. 173. 406.
Cléramrault 531.
Clemenceau 814.
Clunet 23. 24.
Cohen, M. 820.
Consiglio 638.
Coover 900.
Coriat 896.
Cornelius 445. 489.
Cornu 234. 409.
Cortesi 337.
Correns, C. 76.
Cotard 406.
Cottenot 174.
Cotton, H. A. 65. 861.
Coulter 946.
Courtellemont 92. 527.
Cramer 157. 255. 464. 467. 469. 806.
v. Criegern 763.
Cron 31. 32. 532.
Croner, W. 583.
Crouzon, O. 62.
Csiky 453.
Curschmann, H. 338. 495. 559. 940.
Czerny, A. 315.

D.

Dagonet, J. 536.
Dahlgreen, K. 337.
Dallemagne 581.
Dannemann 34. 486.
Daus, S. 853.
Dati 641.
Dejerine 22. 23. 92.
Del Greco 641.
Delavan, D. Bryson 75.
Delille, A. 526.
Denslow, Le Grand N. 188.
Deny 406.
Dercum 229.
Determann, H. 766.
Devaux, A. 408.
Dexler, 36. 495. 615.
Diefendorf 862.
Dietschy, R. 74.
Diller 264.
Doeblin 138.
Doellken 15. 16. 20.
Dolley, D. H. 898.
Donath 101. 285. 329. 416.
Dorfmann, R. 181.
Dost, M. 282.
Dreyfuß 172. 247. 371. 384. 390. 520.
Dromard, G. 408. 409.
Dubois, P. 76. 316. 417. 492.
Dubose 406.
Dudley, Wm. H. 192. 854.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

v. Dühring 40.
Dufour 173. 174.
Dumstrey, F. 95.
Dupony, R. 406. 407.
Dupré 93. 174. 406. 407.
Dyleff, A. 21.

E.

Ebstein, W. 371.
Edel, M. 133. 138. 171. 363. 755.
Edinger 56. 574. 581.
van der Eekhout, A. 447.
v. Ehrenwall 468.
Eichelberg 14.
v. Eiselsberg 51.
Elias, F. 900.
Ellis, H. 729.
Elser, W. J. 821.
Ennen 434.
Erb, W. 553.
Escherich 221.
Eschle 268. 283. 492.
Etienne 407.
Eulenburg 180.
Ewald 318. 369. 574.

F.

Faber, E. E. 228.
Faggiani, J. 639.
Falkenberg 297. 353. 844.
Fankhausen 375.
Feer, E. 104.
Feltmann, D. B. 895.
Fennald 893.
Féré 261. 263.
Ferency 418. 419. 615.
Ferenezi 415.
Fernis 859.
Ferrero di Cavallerleone 638.
Filchne, W. 63.
Finkelnburg 770. 940.
Fischer 185. 679. 809. 893.
Fischer, O. 464.
Fischer, M. 644.
Fisher 862.
Fitz-Gerald, I. G. 858.
Flatau, G. 180. 330. 767. 806.
Flechsig, P. 150.
Fleischer 452.
Flesch 340.
Förster 463.
Förster, F. W. 729.
Förster, R. 218.
Foix 92.
Follis 860.
Forel, A. 150.
Forster 55. 148. 172. 247. 362. 529. 603. 720.
Fournay, A. 22.
Fournier 262.
Francis, L. M. 820.
Frank 165. 530. 860.
Frankl, Th. 496.
Franz, Sh. J. 535. 696. 862.
Frazier, Ch. H. 818.
Freimark, H. 754.
Frenkel-Heiden 137. 362.
Frese 487.
Freud 25. 41. 78. 262. 323. 363. 364. 418. 419. 491. 729.
Frey, E. 767.
Friedeberg 196.
Friedel 19.
Friedländer 464. 650.
Friedmann 133. 196. 578.
Fries 16.
Frigerio 638.
Fröderström, H. 256.
Froriep, A. 696.
Fryer, B. E. 814.
Fuchs 770. 947.
Fürer 554.
Fumarola, G. 407.

G.

Gadelius, B. 256.
Ganault 22.
Ganter 327.
Garofalo 641.
Gasti 636.
Gaupillat 331.
Gaupp 388. 389. 390. 941.
Gay, E. P. 858.
van Gehuchten, A. 651.
Generali 221.
Gerhardt 578.
Giani, R. 337.
Glax, J. 942.
Glenard 174.
Goldberger, J. 853.
Goldscheider 321.
Goldstein, K. 478.
Gottschalk, R. 313.
Gotuzzo 861.
Gougerot 23. 175.
Gowers, W. R. 67.
Granichstädten, O. 313.
Grashey 46.
Grasset 812.
Green 897. 899.
Gregar, A. 311.
Grimme 34.
Grocco 320.
Grotjahn, A. 313.
Grube, K. 75.
Gruber, M. 586.
v. Grützner 575.
Gruhle 427.
Grund, G. 698.
Gualino 633.
Gudden, H. 264.
Günther 168.
Guillain 92. 93.
Gutmann, A. 819.
Gutzmann 142. 606. 613. 720.
Guy 23.
Guyon 512.
Gy 21. 93. 175.

H.

Haeberlein 581.
Haecker, V. 76.
Hahn 272.
Halben 733.
Halbey 36.
Hallervorden, J. 642. 852.
van Hamel 640.
Handelsmann, J. 494.
Hankeln 67.
Hansemann 581.
Harbitz, F. 187. 901.
Harman, N. B. 851.
Hartenberg, P. 143.
Hartmann 343.
Hasebroek 405.
Hassin, G. B. 457.
Hatschek 768.
Haymann 179. 863.
Head 404. 405.
Hebold 170.
Heddaeus 331.
Heidenhain, A. 40.
Heilbronner, K. 29. 45. 66. 157. 225. 261.
Heile 335.
Held, H. 885.
Heller 31. 318. 536. 728.
Hellpach, W. 426.
Henderson, G. 944.
Henneberg 233. 628.
Henoch 261.
Henschen, S. E. 256.
Henschen, F. 256.
Henze 418.
Herczel, E. 70.
Hermann 809.
Herschell 761.
Herz 107. 639. 553.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Heß 209. 426.
Heß, C. 183.
Heß, E. 1.
Hesse, R. 331.
Hindelang, F. J. 560.
v. Hippel, E. 456. 488.
Hirschberg, M. 864.
Hirschfeld, M. 94.
Hirt, E. 922.
Hitzig 196.
Hoche, A. 25. 132. 488. 572.
Hochenegg 51.
Hochhaus 335.
Hochsinger 261.
Hoeber 579.
v. Hoeßlin, G. 689.
v. Hoeßlin, C. 823.
v. Hofmann, E. 313.
Holitscher, D. 65
Hollander, B. 467.
Holloway 334. 817.
Holub 34.
Homburger, A. 557. 578.
Homemann, Sv. 72.
Hoppe 316. 369.
Hoppe, F. 266.
Hoppe, H. 161.
Horsley 451.
Hudovernig, C. 435. 436. 765.
Hübner 40. 463.
Huet, W. G. 68.
Hufnagel, V. 107.
Hughes 295.
Hunt 340. 735. 736. 737. 822. 850.
Huntoon, F. M. 821.
Hutchinson 30.

J.

Jacob, L. 62.
Jacobäus, H. C. 256.
Jacobsohn 171. 308. 453. 518. 601. 719. 720. 722. 726.
Jacoby 74.
Jacquin 407.
Jaffe 40.
Jahnel, F. 812.
Jahrmärker 372.
Jakob, A. 576.
v. Jaksch 356.
Jamin, Fr. 940
Janet 143. 343. 405. 438. 539. 587.
Jbrahim J. 941.
Jelgersma 55.
Jellinek 609.
Jgersheimer 456.
Jmboden 109.
Jnouye 343.
Jochmann 768.
Joerdens 767.
Joffroy 405. 406. 408. 719.
Joffroy-Lèri 407.
Jolly 266. 280. 281.
Jones 862.
Jordan 194.
Joteyko, J. 177.
Jschikawa 810.
Jscovesco 775.
Jsserlin, M. 103.
Judin, T. J. 895.
Juliusburger 30. 65. 126. 352. 355. 584. 830. 922.
Jung 128. 539. 590. 591. 699. 860. 937.
Jung, C. G. 857.
Junius, P. 227.

K.

Kabrel, G. 256.
Kahane 103.
Kahn 640.
Kalischer 326. 599. 722. 724. 726.
Kanngießer 851.
Kauffmann 36. 106. 285. 286. 296. 460. 733.
Kaufmann 40. 447.
Kapff 95. 139. 354.
Keen 196.
Keller, K. 731. 764.
Kempner 583.
Kéraval 406.
Kerschensteiner 771.
Kétly, K. 769.
Keutzler, J. 61.
Kiefer 94.
Kiliani, O. 845.
Kind 94.
Kindberg 93.
Kirmße 533.
Kleist 14. 15. 687. 842.
Klien, H. 268. 490.
Klieneberger, O. L. 61. 325.
Klippel 22. 92. 93. 173.
Klose, H. 945.
Kluge 467.
Knapp 191. 265. 333. 864.
Knauer, A. 153. 271. 311.
Knick, A. 148.
Knoblauch 562. 572. 608.
Knöpfelmacher 187.
Koch, L. 851.
Kölpin 27.
Koeppen 109.
Koester, H. 61. 648.
Kohnstamm, O. 319. 560. 574. 578.
Kolb, G. 59.
Kolisko 313.
Koller 761.
Kopp 40.
Kotik 222. 268.
Kraepelin, E. 157. 172. 270. 271. 381. 390. 463. 467. 665. 685. 689. 800. 863. 907.
v. Krafft-Ebing, 863.
Krause, F. 57. 518. 603. 941.
Krause 665.
Krehl, L. 520.
Kreichgauer, R. 877.
Krishaber 587.
Krömer 33.
Krohn, E. 324.
Kronthal, H. 252.
Kronthal, P. 230.
Krusius, F. F. 320. 773.
Kudlek 149.
Kühner, A. 614.
Kürbitz 66.
Küttner 733.
Kullmann 486.
Kupfer 95.
Kurella 729.
Kurz, S. 942.
Kusynski 131.
Kutner 64.
Kuttner 533.
Kutzinsky 109. 583.

L.

Lacassagne 739.
Ladame 409. 529. 946.
Laehr 354. 468. 614.
Lagriffe 739.
Laignel-Lavastine 174.
Lange, W. 209. 690. 739.
de Lange, S. J. 448.
Laquer, L. 296. 555. 573. 695.
Lasarew, W. 74. 768.
Látrányi 416.
Lavrand, H. 692.
Le Count 897.
Ledermann, R. 136.
Leers, O. 327.
Legrain 859.
Legros 93.
Lehndorff 187.
Lemaître 174.
Lenhard 486.
Lennhoff, G. 53.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lenz, G. 844.
Leopold 947.
Lerch, O. 525.
Leroy 857.
Lesser, F. 136. 732.
Lessing, Th. 694.
Leubuscher 437. 438.
Leunmalm, F. 256.
Levi 93. 409.
Levinsohn 448. 756.
Lévy 22. 23.
Levy 404. 409.
Levy-Dorn 756.
Levy-Suhl, M. 151.
Lévy Valensi 92. 406.
Lewandowsky 182. 251. 408. 726. 941.
Lewinstein 234.
Lhermitte 93. 174.
Licerd 93.
Lichtenberg, J. S. 810.
Liebers, M. 80.
Liebmann 143.
Liefmann 196.
Liepmann 15. 18. 55. 87. 90. 135. 157. 269. 310. 453. 519. 598. 604. 605. 720. 773. 820. 941.
Lilienstein 649.
Link, R. 580.
Lipmann 774.
Lipowski 181.
Lobo, B. 283.
Locard 635.
Lochte 268.
Löser 321.
Loewe, L. 51. 54. 819.
Loewenfeld 132. 141. 539. 586. 587. 922.
Loewenthal 67. 194.
Loewenstein 108.
Loewy 356.
Logre, J. 408.
Lohmann, A. 772.
Lombroso 177. 630. 638. 948.
Lombroso Ferrero, G. 641.
Long 173. 762.
Longard 488.
Lourié, A. 150. 329.
Lucka, E. 450.
Lückerath 478.
Lugaro 320.
Luger 496.
Lumbrose 739.
Lund 901.
Lundsgaard, K. 816.
Luniewski, W. 808.
Lustig, A. 108.

M.

Maas, P. 142. 254.
Macdonald 185.
Machol 193.
Mackay, G. 898.
Maeder, A. 323. 447.
Mager 763.
Mahaim 734.
Maier 242. 584.
Maillard, G. 406.
Major 586. 895.
Majou 810.
Mallet 234.
Malling, K. 333.
Marbé 175.
Marchand-Blois, L. 408.
Marcou 92.
Marcus 256. 673. 684.
Marcuse, H. 129.
Marcuse, J. 152.
Mariani 634.
Marie, P. 92. 93. 598. 599.
Marina 453.
Marinesco, G. 295.
Marr, H. C. 110.
Marro 631. 637.
Martini 26. 532.
Marx 101.
Massar Bey 859.
Mattauschek 533.
Maynial 739.
Mayr 579.
Mazurkiewicz, F. 773.
Meige, H. 93. 173.
Meißen-Westergård, V. 75.
Meltzer 851.
Mendel 50. 338. 946.
Merle, P. 92.
Merzbacher, L. 148. 574. 578. 610.
Messendaglia, L. 644.
Meßner, E. 737.
Meyer 167.
Meyer, A. 758.
Meyer, E. 529.
Mezie, A. 408.
v. Michel 451.
Mignard 530.
Mignot, R. 408.
Mills 30. 267. 854. 897. 898.
Minea, J. 295.
Minot, L. 94.
Minovici 639.
Mitchell 265.
Moebius 209. 296. 396. 398. 426. 428.
Moeli 15. 467. 727.
Moeller 281.
Mönkemöller 110.
Mohr 219.
Moll, A. 268. 446.
Monier-Vinard 174. 526.
Montemezzo, A. 376.
Moritz 558.
Moutier 599. 734.
Müller, Chr. 110. 689.
Müller, E. 62. 195. 196. 419. 489. 497.
Müller, G. J. 765.
Müller, L. R. 940. 941.
Müller, O. 558.
Münsterberg, O. 40.
Muller 756.
Munck 151.
Munk, H. 56.
Munter, D. 137.
v. Muralt 242.
Muskens, L. J. J. 734.
Myers 862.
Mygind 143.

N.

Naecke, P. 73. 94. 161. 325. 489. 813.
Nathan 173.
Naudascher 583.
Negro 263.
Neißer 15. 35. 464.
Németh, E. 417. 586.
Nerking 326.
Neugebauer 842.
Neurath 537.
Neustädter, M. 896.
Neve, G. 862.
Niceforo 636.
Nicloux 167.
v. Nießl 17.
Nißl 396. 571. 659. 679. 680.
Noica 173. 174.
Nonne, M. 56. 262.

O.

Oberndörfer 847.
Oeconomakis, M. 619.
Oishi, S. 192.
Oppenheim 87. 88. 102. 195. 221. 417. 517. 519. 530. 600. 872.
Orbison 70. 334. 896.
Orton 336.
v. Orzechowski 494. 528.
Ossipow, N. 693.
Osswald 486.
Ottolenghi 636.
Overton 167.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

P.

Pabst 31.
Pachantoni, D. 408. 796.
Paget 512.
Pailhas 409.
Pain, M. 409.
Pal 188. 292.
Pándy, K. 34. 324.
Panseri 633.
Parker, W. R. 811.
Pártos, A. 71.
Paterson, J. 943.
Patrick 38. 339.
Patry 94.
Pelmann, C. 24.
Peretti 468.
Peritz 285. 316.
Pers 189. 340.
Perusini 93.
Peters 326.
Peterson 262. 489.
Petrén, K. 70.
Pfahl 454.
Pfeifer 17.
Pfersdorf 157. 575.
Pfister, O. 374.
Philipps, J. 187, 526.
Piazza, A. 855.
Pick 45. 342. 373. 528. 539. 589.
Pighini 638. 775.
Pilcz, A. 316. 651.
v. Pilz, E. 313.
Pineles 527. 941.
Pirie 185.
Plaut 135. 409. 462. 464. 659. 676. 809.
Plönies, W. 311.
Pochhammer 229.
Poetzl 763.
Pollitz 297. 467.
Pornier 811.
Praetorius 94.
Prime 897.
Propping 321.
Puppe, G. 24. 313.
Putnam 262.

Q.

Quensel, F. 319. 941.
Quincke 578.

R.

Raecke 56. 944.
Ramadier, J. 408.
Ramond 93.
Ranke 31. 108. 455.
Ranschburg, P. 312.
Rathery, F. 408.
Rautenberg, E. 322.
Raymond 21. 92. 174. 408. 409. 539. 647.
Reck, J. 728.
Redlich, E. 647.
Regnault 331.
Rehm 371.
Rehn, L. 944.
Reich 45. 49. 463. 469. 480.
Reichardt, M. 149.
Reicher, K. 772.
Reichmann 72.
Rein 687.
Reiß 635. 636. 684.
Remak, E. 57. 171, 251.
Renauld 24.
Renaut 167.
Renner 62. 64. 731.
Rénon 526.
Retslag 112.
Révész 374.
Rhein 336.
Ribbert 194.
Richards 945.
Richardson 894.
Richet 93.
Richter 133. 353.
Ricksher 26.
Rie 262.
Riedel 371.
Rieger, C. 691.
Rigler, O. 69.
Riklin 89.
Risch 33. 529.
Risley 896.
Ritchie, W. T. 944.
Roasenda 417.
Roberts, W. H. 857.
Robertson, W. F. 584.
Robinsohn, J. 71.
Robinson 327. 450.
Rochon-Duvigneaud 92.
Rodenwaldt 454.
Rodhain, J. 453.
Röder 103.
Rohde, E. 370. 446.
Roller 756.
Rolleston, J. D. 188. 334. 458.
Roncoroni 634.
Rondoni 449.
de Roos 637.
Roques de Fursac 27.
Rose, F. 174. 771.
Rosenbach 284. 324.
Rosenfeld 946.
Rossi 334.
Rossolimo, G. J. 817.
Rota 637.
Rothmann, M. 85. 90. 520. 598. 603. 718. 721. 722. 725. 940.
Rotschild, A. 606.
Roubinovitch, J. 614. 650.
Roussy 22.
Rozie 235.
Rudisch, J. 856.
Rüdin, E. 292.
Rühle 233.
Rumpf 894.
de Ryckère 639.
Rystedt, G. 61. 256.

S.

Sachs 262.
Sacki 852.
Saelan 34.
Sadger 94. 209. 224. 264. 426. 538. 854.
Sainton, P. 408.
Salecker, P. 60.
Salgó 416.
Sander 133.
v. Sarbò 73. 436.
Schäfer, P. 486.
Schaffer 436. 612.
Schieck 454.
Schirmer 449.
Schlesinger 190. 447. 851. 852. 855. 940.
Schlöß, H. 844.
Schloesser 845.
Schloffer 51.
Schlosz 533.
Schmiergeld 24.
Schnyder, L. 648.
Schoenborn, G. 940.
Schramm, E. 447.
Schroeder 500.
Schroeder, E. 335.
Schroeder, J. 291. 903.
Schroeder, P. 283.
Schüller 762.
Schütz 16. 328. 873.
Schultz, J. H. 329.
Schultze 25. 103. 802.
Schulz 571.
Schumburg 297.
Schuster 48. 55. 89. 135. 137. 250. 252. 455. 719.
Schwabach 898.
Schwartz 409.
Schwarz, A. 764.
de Schweinitz 334. 817.
Scripture, E. W. 106.
Seelig, P. 531.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sèglas 132. 406.
Seige 20. 485.
Selter 463.
Senkpiel 755.
Sergeranoff 132.
Serguéeff 22.
Serieux, P. 443. 647.
Sézary 21.
Shepherd 862.
Shima B. 330.
Shiota H. 947.
Shumway, E. A. 454.
Sicard 21. 22. 173. 174.
Sichel, M. 807.
Siefert 557.
Siegmund, A. 405.
Siemerling, E. 260. 292.
Simon 468.
Sioli 10. 57. 220. 465. 480. 877.
Skliar, N. 41. 535. 809.
Slaymaker, S. R. 900.
Slingenberg 639.
Söderbergh, G. 337.
v. Sölder, F. 802.
Sollier, P. 409.
Sommer 46. 260. 271. 295. 311. 312. 634.
Soubies 445.
Soukhanoff 407.
Souques 175.
Southard 265. 858. 860. 861. 945.
Spearman 347.
Specht 172. 384. 391. 434.
Spielmeyer, W. 533. 556.
Spiller 338. 763.
Stadelmann 19. 182.
Stark, H. 941.
Starlinger 467.
Starr, M. A. 899.
Stefanowska, M. 177.
Stein, Ph. 894.
Steinberg 22.
Steinert, H. 940.
Steinmann, G. 76. 488.
Stern 774.
Stern, C. 255.
Stern, H. 107.
Stern, J. 69.
Stern, R. 497.
Stern, W. 255.
Stertz 39.
Stevenson, H. B. 72.
Stewart, P. 898.
Steyerthal 442.
Stier, E. 519. 605. 607. 718. 720.
Stock 810.
Stockmayer, W. 699.
Stölzner 13. 20. 104.
Stransky 536.
Strasser, A. 152. 727.
Strauß 404. 756.
Strohmayer 539. 590. 922.
Stumpf, C. 76.
Stursberg, H. 68.
Sullivan 164.
Swift 27.
Sym, W. G. 183.
Szigeti 373.

T.

Takahashi, Y. 819.
Thalbitzer 386.
Thielen 763.
Thiem 197.
Thiemich 261.
Thomas 106. 196. 739. 901.
Thoms 151.
Thomsen 38. 258.
Thumm-Kintzel, M. 95.
Tiling 291. 864.
Tilmann 467.
Tinel 22.
Tits, A. 651.
Tobias 846.
Tomaschny 109.
Tournay 23.
Touton, K. 40.
Tovo 632. 637.
Trappe, M. 369.
Trendelenburg 39. 573. 772.
Trepsat, L. 408.
Trespe 30.
Treupel 527.
Treves, M. 637.
Tugano, C. 320.
Turro, R. 694.
Tutregesilo 861.

U.

Uchermann 143.
Uebl 34.
Uhthoff, W. 141.
Ulbrich 536.
Urbantschitsch, V. 450.
Urstein 248.

V.

Valenti-Vivò 639.
Vallon 406.
Vaquez 648.
Vassale 221.
Vedrani 26. 371.
Veit 14.
Veraguth, O. 95.
Verhoef, F. H. 810. 820.
Vernbek 373.
Vianna, G. 283.
Vicarelli 639.
Vieregge 37.
Vieux-Pernon 583.
Vigouroux 583. 895.
Villaret, G. 62.
Vincent, C. 23. 173.
Vladoff 408.
Vocke 687.
Vogel, W. 59.
Vogt 31. 55. 438.
Vogt, H. 260. 449. 455. 945.
Vogt, R. 268. 498.
Voisin, J. 406.
Volhard 574.
Volland 494.
Volpi, Ghirardini 30.
Vorberg 582. 739.
Vorster 877.
Voß, G. 101. 441.
de Vries-Reilingh, D. 339.

W.

Waldschmidt 487.
Wallon 407.
Warda 532.
Wassermann 409. 775.
Wassermeyer 415.
Waterman 947.
Weber 13. 14. 333. 649. 858.
Weigelin, S. 191.
Weil 22. 92. 93. 173.
Weinstein 770.
Weir Mitchell 854.
Weisenburg 260.
Weiß, M. 765.
Wernicke 46. 911. 922.
Westheimer 180.
Westphal 215. 373. 481. 671. 859.
v. Wettstein, R. 76.
Weyert, M. 220.
Weygandt 46. 152. 172. 467.
Wezel, L. 809.
Whiting, A. J. 259.
Wickel, C. 147. 532.
Widal 404.
Wieg-Wickenthal 290.
Wiesel, J. 727.
Wilhelm, E. 842.
Williams, G. H. 458.
Wilmanns 172. 248. 372. 574.
Wilson, S. A. K. 895.
Wimmer 492.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Windscheid 94. 264. 537. 585.
Winkler 768.
Winternitz 18. 420.
De Witt Stetten 190.
Wolf, H. F. 730. 731.
Wolff 46. 194. 651.
Wollenberg 25.
Woltär 494.
Wolters 69.
Wright 264.
Würz 193.
Wulff, M. 113.
Wulffen, E. 312.
v. Wyß, H. 179.

Y.

Yanases 221. 449.
Yoshikawa 323.

Z.

Zaloziecki, A. 311.
Zander 771.
Zanon 631.
Zendig 689.
Ziehen 55. 85. 89. 151. 170. 171. 251. 270. 271. 353. 362. 518. 647. 726. 910.
Ziemßen, O. 70.
Zingerle, H. 295.
Zoltán, Lénárt 74.
Zsakó 374.
Zunino, G. 64.
Zweig 63. 109. 152.
Zylberlast 767.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Erstes Januarheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Pädagogische Therapie bei jugendlichen Nerven- und Geisteskranken[1]).

Von **Dr. Eduard Heß**, Oberarzt der Kahlbaum'schen Anstalt in Görlitz.

Unter pädagogischer Therapie bei Nerven- und Geisteskranken ist nicht nur der den Kranken erteilte Unterricht zu verstehen, wie vielfach fälschlich angenommen wird, sondern der Begriff ist viel weiter zu fassen und bedeutet die vollständige Erziehung auf psychiatrischer Grundlage. Und, wie ich gleich hinzufügen will, in einer psychiatrischen Anstalt. Wir dürfen niemals vergessen, daß in der Regel und in der Hauptsache die Erziehung der Menschen nicht durch pädagogisch oder auch nicht einmal pädagogisch vorgebildete Lehrer erfolgt, sondern durch die Eltern; wenn wir einen Menschen als gut erzogen kennzeichnen wollen, so sprechen wir von seiner „guten Kinderstube", wir rechnen den Erfolg also der häuslichen Erziehung zugut. Die Schule, der Unterricht ist nur ein unterstützender Faktor der häuslichen Erziehung und hat vor allem die intellektuellen Fähigkeiten zu bilden. Wenn bei einem Kind wegen psychisch-nervöser Erkrankung die häusliche Erziehung nicht mehr durchführbar ist, so tritt an die Stelle der Eltern der Arzt, dessen Gehilfe dann wieder wie in der Norm der sachkundige Lehrer ist. Daraus geht hervor, daß an die Spitze ärztlicher Pädagogien, oder wie man diese Anstalten sonst nennen will, der Psychiater gehört. Ich verweise auf den analogen Fall der Kadetten- und anderen derartigen militärischen Schulen, deren Zweck es ist, den Knaben eine militärische Erziehung zu geben; sie stehen selbstverständlich alle unter militärischer Leitung, und man unterscheidet da genau zwischen Erziehern, die stets Offiziere oder ähnliche Militärpersonen sind, und Lehrern, die den wissenschaftlichen Unterricht erteilen und dabei natürlich auch das ihrige tun, die Erziehung zu unterstützen. Ich bestreite nicht, daß es auch Nichtärzte geben mag, die in der pädagogischen

[1]) In abgekürzter Form vorgetragen auf dem III. internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien, am 10. Oktober 1908.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Therapie Bedeutendes geleistet haben und leisten; das sind dann besondere Begabungen, wie es ja auch sonst vorkommt, daß ausnahmsweise ein Laie in irgendeinem Fach Meisterhaftes zustande bringt und fruchtbare Anregungen gibt. Aber Ausnahmen können nicht die Regel bilden, sondern die Norm lautet, daß die pädagogische Therapie Sache des Psychiaters ist.

Die pädagogische Therapie wird in den Irrenanstalten von jeher angewandt; die Gewöhnung der Kranken an die Hausordnung, an bestimmte Arbeiten und Verrichtungen usw. ist doch nichts anderes als Erziehung; man muß genau zusehen, bei welchen Kranken der Natur ihrer Krankheit nach eine Erziehung möglich und zulässig ist und bei welchen nicht. In den Nervenheilstätten bildet die Erziehung in der Form der psychischen Beeinflussung und der praktischen Beschäftigung zu einer dem betreffenden Nervenkranken gemäßen Lebensweise die Grundlage der ganzen Behandlung, Hydrotherapie, Elektrizität, Massage und dgl. stehen erst in zweiter Linie und bedürfen der speziellen Indikation. Ich sprach jetzt von Erwachsenen, die die normale Erziehung schon hinter sich haben; kindlichen und jugendlichen Patienten muß die ärztliche Erziehung, abgesehen von ihrem therapeutischen Zweck, zugleich einen Ersatz für die häusliche Erziehung bieten; daraus erhellt ohne weiteres ihre ungeheure Wichtigkeit.

Die Frage, welche kindlichen und jugendlichen Nerven- und Geisteskranke sich zur psychiatrisch-pädagogischen Behandlung eignen, ist dahin zu beantworten: alle, sofern nicht eine Gegenindikation vorliegt.

Von den Idioten und ähnlichen Kranken sehe ich hier ab; sie sind Gehirnkranke im anatomischen Sinne des Wortes und bedürfen in Rücksicht hierauf und auf die vielen anderen bei ihnen vorkommenden organischen Störungen der dauernden spezialärztlichen Behandlung am besten in besonderen Anstalten; man wird natürlich, soweit es möglich ist, versuchen, erzieherisch auf sie einzuwirken.

Ferner schließe ich von der Betrachtung aus die geistig Zurückgebliebenen, die wohl zum größten Teil zur Krankheitsform der Imbezillität gehören, die aber im allgemeinen nicht als nerven- und geisteskrank gelten. Sie können, solange sie keine ethischen Defekte zeigen, und besonders wenn die häusliche Erziehung eine geeignete ist, in der Familie bleiben, die Hilfsschule besuchen oder besonderen Unterricht bekommen, etwas Praktisches lernen und, wenn es gut geht, zu einer bescheidenen Lebenstätigkeit gelangen. Eine dauernde psychiatrische Behandlung ist nicht notwendig, vorausgesetzt, daß nicht besondere nervöse Symptome eine solche erfordern, wohl aber eine stets wiederkehrende psychia-

Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

trische Kontrolle. Denn die Imbezillen haben so gut wie die Normalen ihre Entwicklung und ihre Entwicklungsstörungen, die nicht übersehen werden dürfen. Treten diese auf oder zeigen sich, was sich damit häufig deckt, ethische Defekte, so wird die häusliche Erziehung unmöglich, die Patienten gehören dann zu den Nerven- und Geisteskranken und müssen als solche behandelt werden.

Zu den kindlichen und jugendlichen Nerven- und Geisteskranken rechne ich die Patienten im Alter bis zu etwa 20—23 Jahren, bis zur vollendeten Körperentwicklung. Am häufigsten setzen die Krankheiten ein mit Beginn der Pubertät, also etwa vom 13. Jahre an, und zwar sowohl bei den Patienten, die bis zur Erkrankung gesund erschienen, als auch bei den anderen, die schon vorher imbezill, minderwertig, degeneriert waren. Aber auch vor dem dreizehnten Jahre, bis zum siebenten Jahr herunter, kommen eine ganze Reihe von Störungen vor. Vor dem siebenten Jahr, vor dem Schulanfang, scheinen die Störungen seltener zu sein, jedenfalls fallen sie weniger ins Auge und kommen sie seltener zur Behandlung als später.

Ich unterscheide bei den Kranken in Hinsicht auf die Behandlung drei Gruppen:

1. die Nervösen, Neurasthenischen, Hysterischen,
2. die im engsten Sinn des Wortes Psychotischen,
3. die moralisch Defekten.

Diese Bezeichnungen sollen selbstverständlich keine klinische Diagnose ausdrücken, sondern nur ganz allgemein die äußere Erscheinung der Störung, das Zustandsbild, nach dem sich ja die psychiatrische Therapie zunächst zu richten hat. Zwischen den einzelnen Gruppen gibt es Übergänge, und viele Kranken gehören im Verlauf ihres Leidens zeitweise der einen, zeitweise der anderen Gruppe an.

Die nervösen, neurasthenischen, hysterischen Patienten können, solange die Störungen keinen stärkeren Grad erreichen, in der Familie ärztlich behandelt werden; bisweilen geht es ohne Unterbrechung des Unterrichts oder der sonstigen Tätigkeit. Oft läge es zwar schon bei leichteren Störungen im Interesse der nervösen Kinder wie der Eltern, wenn die Kinder von Hause wegkämen in sachverständige Pflege, die Eltern sind jedoch nur selten damit einverstanden. Ich erinnere an die vielen Fälle von rascher Heilung der Kinderhysterie durch Herausnahme aus dem bisherigen Milieu und entsprechende Unterbringung. Wenn nun aber der Zustand sich schnell oder langsam so verschlimmert, daß es zu Hause nicht mehr geht, wohin dann mit diesen Patienten? Beim Pastor oder Lehrer auf dem Lande geht es in der Regel so wenig wie zu Hause,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

außerdem ist die nötige spezialärztliche Behandlung gewöhnlich nicht zu haben, in Krankenhäusern und offenen Sanatorien sind die Patienten meistens zu sehr sich selbst überlassen, und es besteht u. a. die Gefahr, daß ihre hypochondrischen Neigungen zu viel Entgegenkommen finden, in die allgemeine Irrenanstalt passen sie nicht ohne weiteres. Für sie ist das ärztliche Pädagogium der geeignetste Aufenthalt. Man darf übrigens nicht vergessen, daß nervöse, neurasthenische, hysterische Erscheinungen sehr oft die manchmal lange sich hinziehenden Anfangsstadien schwerer Psychosen sind.

Ich komme damit zur zweiten Gruppe der im engsten Sinn des Wortes psychotischen Patienten, also der Patienten mit Erregungs-, Verwirrtheits-, Stuporzuständen, mit Wahnideen, Sinnestäuschungen, Selbstvernichtungstrieb usw. Sie gehören in die Irrenanstalt. Wenn aber das akute Stadium nachläßt und Beruhigung eintritt, mag sie nun den Beginn der Genesung oder eine Remission oder den Übergang in einen chronischen Zustand mit mäßigem Defekt darstellen, dann ist es immer eine unangenehme Sache, wenn man diese jungen Leute, die vielleicht noch eine Zukunft vor sich haben, in der Gesellschaft der älteren Patienten lassen muß, sie fühlen sich darin häufig auch gar nicht wohl. Die jugendlichen Psychotiker im Stadium der Beruhigung passen nicht mehr in die allgemeinen Abteilungen der Irrenanstalt, sondern gehören in die psychiatrische Erziehungsanstalt, ins Pädagogium.

Die dritte Gruppe bilden die Kranken mit moralischen Defekten, die sie durch entsprechende Handlungen offenbaren. Man darf hier nicht nur an Imbezille, an Patienten mit moral insanity und andere psychopathische Persönlichkeiten denken, sondern moralische Defekthandlungen kommen bei allen Psychosen vor und sind oft die ersten Äußerungen der sich entwickelnden Krankheit, z. B. des manisch-depressiven Irreseins, der Dementia praecox; die klinische Diagnose kann nicht selten erst nach längerer Beobachtung gestellt werden. Eine besondere Berücksichtigung verdienen in dieser Gruppe die Kranken, die an der von Karl Ludwig Kahlbaum[1]) 1884 zum erstenmal beschriebenen Heboidophrenie leiden, die Wernicke in seinem „Grundriß der Psychiatrie“ als die „spezifische Psychose des Pubertätsalters“ anerkennt. Kahlbaum charakterisierte die Heboidophrenie als einen „Ausschnitt aus dem Symptomenbilde der Hebephrenie“; der wesentliche Unterschied ist der, daß die Heboidophrenie heilbar, die Hebephrenie dagegen unheilbar ist und in Demenz ausgeht.

[1]) Über jugendliche Nerven- und Gemütskranke und ihre pädagogische Behandlung in der Heilanstalt. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 40, 1884. — Über Heboidophrenie. Bd. 46 der gleichen Zeitschrift, 1889.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Heboidophrenie beginnt in der Regel damit, daß vorher ordentliche, gut erzogene junge Menschen in den Pubertätsjahren ganz unerwartete und unbegreifliche ethische Defekthandlungen begehen, während ihre Intelligenz keine groben Störungen aufweist; die genauere Untersuchung ergibt dann meist noch weitere Krankheitszeichen.

Die Kranken mit moralischen Defekten bei nicht oder nur wenig verringerter Intelligenz werden vielfach verkannt und zum Scheitern gebracht, die Existenz eines moralischen Schwachsinns ohne Intelligenzstörung wird ja auch von manchen Psychiatern bestritten, meines Erachtens zu unrecht. Häufig hört man den Einwand, daß, wenn man eine moral insanity ohne groben Intelligenzdefekt aufstelle, schließlich jeder schlechte Mensch für moralisch krank gehalten werden müsse. Nun, wenn diese Anschauung allgemein zur Geltung gelangen sollte, wovon wir ja noch weit entfernt sind, so wäre das gar kein Unglück und würde die gute Folge haben, daß bei Jugendlichen ausnahmslos an die Stelle der Strafanstalt die Kranken- und Erziehungsanstalt tritt.

Die Patienten der eben besprochenen dritten Gruppe bedürfen von vornherein der psychiatrisch-pädagogischen Behandlung in besonderen Instituten. Die Unterbringung in nichtärztlichen Anstalten ist schon deshalb nicht angängig, weil, wie schon gesagt, die Erkennung des Grundleidens, das den moralischen Defekt verursacht, häufig eine längere ärztliche Beobachtung erfordert.

Ich habe bisher die Epileptiker nicht erwähnt. Sie bilden eine Klasse für sich und werden je nach der Art und Weise, wie die Krankheit sich äußert, in Epileptiker-, Idioten-, Irrenanstalten behandelt; welche Rolle die Erziehung dabei spielt, brauche ich nicht erst zu sagen; wie unheilvoll sie wirkt, wenn sie nicht im psychiatrischen Sinn geschieht, ist bekannt. Bei Kranken mit moralischen Defekten ergibt die längere Beobachtung bisweilen, daß es Epileptiker sind. Äußert die Epilepsie sich nur psychisch und nicht oder doch nur sehr selten durch Krämpfe, so werden die Patienten zweckmäßig in den psychiatrisch-pädagogischen Abteilungen behandelt.

Ich fasse meine bisherigen Ausführungen kurz zusammen: Für kindliche und jugendliche Nerven- und Gemütskranke ist in der Regel eine psychiatrisch-pädagogische Behandlung nötig in einem besonderen Institut, dem Pädagogium.

In den häuslichen Verhältnissen, um diese Frage zu streifen, ist eine psychiatrisch-pädagogische Therapie im allgemeinen fruchtlos. Erstens sind zu Hause die oberste Instanz die Eltern, die wohl die Erziehung gesunder Kinder verstehen mögen, aber sicher die kranker Kinder nicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verstehen. Der Arzt vergeudet seine Kräfte in der Belehrung und Behandlung der Eltern, und es gelingt ihm sehr oft doch nicht, deren meist ungeeignete Einwirkungen auszuschließen; besonders dann ungeeignet, wenn die Erziehung vorher eine falsche war und die Entstehung der Krankheit begünstigt hat. Zweitens ist in den häuslichen Verhältnissen die notwendige stete Überwachung nicht möglich, und drittens ist es, wie ich schon erwähnte, eine Erfahrungstatsache, daß die Versetzung aus dem häuslichen Milieu in ein fremdes, medizinisches, bei manchen Fällen schon an sich einen heilkräftigen Einfluß hat.

Für mich ist es keine Frage, daß das Pädagogium nur als Teil der Irrenanstalt seinen Zweck erfüllen kann, es muß in ihm psychiatrischer Geist herrschen, und es muß die Möglichkeit gegeben sein, ohne jede Formalität und ohne weitere Umstände die Patienten, wenn es erforderlich ist, aus dem Pädagogium in eine andere Abteilung, z. B. die Wachabteilung, zu versetzen und umgekehrt. Aus diesem Grunde halte ich auch Pädagogien als selbständige Institute nicht für zweckmäßig. Rechtlich muß das Pädagogium den Charakter der Irrenanstalt haben, es muß in der Lage sein, die Patienten gegen ihren Willen festzuhalten. Die gelegentlich geäußerte Befürchtung, daß es dem späteren Fortkommen der Patienten schaden könnte, wenn sie einmal in der Irrenanstalt waren, kann unter Psychiatern natürlich nicht ernst genommen werden; wenn wir uns um solche Vorurteile kümmern wollen, dürfen wir unsere ganze Tätigkeit einstellen. Eine Zukunftsfrage ist es, ob es sich vielleicht empfiehlt, daß ein Land oder eine Provinz eine ihrer Irrenanstalten speziell für die Aufnahme der jugendlichen Kranken reserviert, wo dann klinische und pädagogische Abteilungen einander entsprechend ergänzen; es ließe sich manches zugunsten einer solchen Einrichtung sagen.

Den inneren Betrieb eines Pädagogiums ausführlich zu schildern, liegt nicht in meiner Absicht, zumal die Verhältnisse in einer Privatanstalt, wo ich meine Beobachtungen im wesentlichen gemacht habe, andere sind als in einer öffentlichen Anstalt. So halte ich es z. B. für außerordentlich wichtig, daß jeder Patient sein eigenes Zimmer hat, in einer öffentlichen Anstalt wird es auch ohne das gehen.

Nur einige Punkte will ich herausgreifen, ich muß mich darauf beschränken, meine Erfahrungen, die ich übrigens durchaus nicht für die einzig möglichen und maßgeblichen halte, kurz mitzuteilen ohne eingehende Begründung.

Von vornherein werden die Geschlechter getrennt, weibliche Patienten kommen unter weibliche, männliche unter männliche Obhut, auch schon die kleinen Knaben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Oberpfleger ist Krankenpfleger, nicht Lehrer; er kann zufällig aus dem Lehrerberuf hervorgegangen sein, im Pädagogium aber ist er Krankenpfleger, er soll die körperlichen Übungen (Turnen, Schwimmen, Sport, Spiel) leiten, aber keinen elementaren und wissenschaftlichen Unterricht geben.

Für diesen sind besondere Lehrer da. Es liegt in der Eigenart der Privatanstalt mit internationalem Publikum, daß für jeden Patienten je nach Zustand, Prognose, Alter, Vorbildung, Ziel der Unterricht verschieden ist; ich kann daher keine Klassenpläne mitteilen. Bei Vorbereitung zu einem Examen, z. B. dem Einjährigenexamen, der Aufnahmeprüfung in eine Schule, verspricht nur der Einzelunterricht Erfolg. Selbstverständlich wird jede Überbürdung vermieden, daher gibt es auch bei Unfleiß keine Strafarbeiten, die das Arbeitspensum ja nur vermehren würden. Eine Überbürdung ist bei Nervenkranken überhaupt nicht gut möglich, sie versagen einfach. Übrigens habe ich nie Überbürdung in der Schule als Krankheitsursache feststellen können; sie wurde bisweilen anamnestisch angegeben, bei genauer Prüfung erwies sich aber stets die Angabe als unrichtig. Entweder war der Patient von vornherein nicht begabt genug fürs Studium, oder aber er leistete nichts mehr und empfand mäßige Anforderungen als sehr schwere, weil er schon krank war; also Verwechslung von Ursache und Wirkung in gleicher Weise wie häufig beim Paralytiker, der durch Überarbeitung krank geworden sein soll, während er tatsächlich infolge der noch nicht erkannten Krankheit schon mit leichten Aufgaben sich mühselig abplagte, was den Eindruck der Überanstrengung als Krankheitsursache hervorrief. Neben dem wissenschaftlichen Unterricht werden Handfertigkeiten und Gartenarbeit betrieben.

Die Abteilung soll klein sein, der Oberpfleger muß seine Patienten genau kennen, auch ihre alltäglichen Bedürfnisse und Kleinigkeiten, und sich mit jedem einzelnen ausreichend beschäftigen können, so daß die Patienten zu ihm volles Vertrauen gewinnen und keine Geheimnisse vor ihm haben. Mehr als fünfzehn Patienten kann ein Oberpfleger kaum so übersehen, wie das notwendig ist; vielleicht ist es aber anders bei einem homogeneren Krankenmaterial in einer öffentlichen Anstalt.

Das Pädagogium ist eine geschlossene Abteilung, denn die Entweichungslust, der Wandertrieb, der Abenteuersinn ist bei den jungen Patienten immer sehr groß. Um den Zusammenhang mit der Außenwelt, in die sie wieder zurückkehren sollen, zu erhalten, machen die Patienten sehr oft Spaziergänge und Ausflüge, auch mehrtägige, besuchen Theater, Konzerte, Vorträge und dgl.

Selbstverständlich wird auf Körperpflege und Reinlichkeit der größte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wert gelegt. Jede Verzärtelung wird vermieden, und vor allem wird vermieden, die überaus häufigen hypochondrischen Neigungen der Patienten durch medizinische Polypragmasie zu fördern. Natürlich herrscht Alkoholabstinenz.

Gegen die Masturbation, über deren Bedeutung als Krankheitsursache das Publikum die unsinnigsten Vorstellungen hat, haben wir keine anderen Mittel als die allgemein üblichen: Belehrung, Ablenkung, Überwachung, körperliche Durcharbeitung, hydriatische Prozeduren; auch Brom, Lupulin, Baldrian und dgl. kann man versuchen, im allgemeinen ist aber die Anwendung narkotischer und hypnotischer Mittel im Pädagogium möglichst einzuschränken.

Wie sucht man die Moral der Patienten, die so oft moralische Defekte bieten, zu fördern? Philosophischer und religiöser Moralunterricht nützen nichts bei Geisteskranken, deren ethische Sphäre geschwächt ist, nur der utilitaristische Standpunkt ist für sie erklimmbar, dazu kommt die Gewöhnung. Den Patienten muß von Anfang an klar gemacht werden, daß sie sozusagen ganz in der Gewalt des Arztes sind und an keine höhere Macht appellieren können, der Arzt ist gewissermaßen ihr Schicksal. Sie lernen durch Gewöhnung, sich in die einmal gegebenen, unabänderlichen Verhältnisse zu fügen, ob sie ihnen behagen oder nicht, und sollen auf diesem Weg dazu gelangen, ihre Neigungen und Triebe zu beherrschen, zu modifizieren, zu unterdrücken, damit sie später draußen nach den bestehenden Moralgesetzen zu leben fähig sind. Man versucht den Patienten beizubringen, daß sie nur durch Unterordnung unter die herrschenden Sittengesetze in der Welt vorwärts kommen und sich das Leben angenehm gestalten können, daß Verstöße dagegen schwere Nachteile nach sich ziehen. Die Patienten sollen nicht anderen, sondern sich selbst zuliebe ethisch erstarken, es soll ein sozialer Egoismus in ihnen wachgerufen und gepflegt werden. Dadurch, daß es ihnen für längere Zeit unmöglich gemacht wird, unmoralische und unzweckmäßige Handlungen zu begehen, sollen sie allmählich die Neigung dazu vergessen, die Übung darin verlernen.

Zur Aufrechterhaltung der Disziplin sind „Strafen“ nicht ganz zu entbehren. „Strafe“ ist wohl nicht das richtige Wort, jedoch werden die entsprechenden Maßnahmen von den davon Betroffenen als Strafen empfunden. Es gibt im Gegensatz zur Normalschule im Pädagogium keinen Strafkodex, keine Vergeltung, eine Abschreckung wird nur indirekt hervorgerufen. Wir weisen den Patienten bei einem Verstoß gegen Ordnung und Sitte ruhig und ohne jede Feierlichkeit zurecht, aber in Gegenwart der anderen höchstens dann, wenn der Verweis unmittelbar auf die in ihrer Gegenwart begangene Tat erfolgt. Der Kranke soll sich seinen Mit-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kranken gegenüber nicht gedemütigt fühlen, wir verzichten daher auch auf die Publikation einer verhängten Strafe. Es wäre verfehlt, eine ungehörige Handlung durch Bekanntmachung und Popularisierung zu einem schlechten Beispiel zu erheben. Es wird bei Verhängung einer Strafe nur an die Wirkung auf den betreffenden Zögling selbst gedacht, nie an die Wirkung auf die anderen. Außer mit Verweis bestrafen oder beruhigen wir durch Bettlagerung, durch Isolierung auf dem Zimmer, durch zielmäßige Vernachlässigung und Ignorierung. Allenfalls entziehen wir die Unterhaltungslektüre, die hierdurch erregte Langeweile hat stets einen guten Einfluß. Weitere Disziplinarmaßregeln sind die Versagung der Teilnahme an einem Spaziergang oder Konzertbesuch und dgl. Im übrigen: keine Belohnung wirkt auch als Strafe, wenn dem Belohnenden eine solche Absicht auch fern liegt. Selbstverständlich darf nur der Arzt strafen, und er muß dabei ebenso affektlos bleiben wie bei der Verordnung einer Arznei. Wo man weiß, daß eine Strafe nicht wirkt oder nicht vertragen wird, verhängt man keine, genau wie man einem Patienten, der auf Veronal nicht schläft oder danach Beschwerden bekommt, keines gibt. Selbstverständlich ist die Strafe der Nahrungsentziehung und der körperlichen Züchtigung im Pädagogium ganz unbekannt. Patienten, bei denen die genannten Disziplinarmaßregeln nicht anwendbar oder unwirksam sind, eignen sich nicht für das Pädagogium und müssen nach einer anderen Abteilung verlegt werden. Im allgemeinen sind Strafen — abgesehen vom Verweis, der ja aber im Grunde keine Strafe ist — nur selten nötig, es können Monate vergehen, bis mal eine vorkommt.

Noch ein Wort über die Lektüre der Patienten. Man muß sie überwachen, braucht dabei aber nicht allzu ängstlich zu sein. Am meisten Vorsicht geboten ist noch bei populärmedizinischen Schriften, die die Hypochondrie fördern können, und gegenüber Kriminal- und Abenteurergeschichten, da sie manchmal phantastische Pläne bei den Patienten reifen lassen. Für ziemlich belanglos und nicht des vielen Aufhebens damit wert halte ich im Gegensatz zur herrschenden Meinung die sogenannte „unsittliche Lektüre“, ich gebe sie den Patienten gewiß nicht in die Hand, aber ich weiß, sie würden sich nichts oder kaum etwas daraus machen. Ich habe unter vielen jungen Patienten nur wenige getroffen, die für erotische Schriften und Bilder ein gewisses Interesse zeigten; und unter den frühreifen Genießern war kein einziger, der etwa durch „pikante Lektüre“ verdorben worden wäre, sie lernten alle erst das Leben, d. h. was sie „Leben“ nennen, und dann die Literatur kennen. Ein jugendlicher Patient mit starker sexueller Veranlagung und Betätigung blätterte eines Tags — es war nicht im Pädagogium — in Schnitzler's „Reigen“, in dem jeder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der zehn Dialoge mit einem Sexualakt schließt; der Patient fand an dem Buch gar keinen Gefallen und legte es gelangweilt beiseite, um nach einem hochanständigen, süßlichen Familienblattroman einer weiblichen Autorin zu greifen; da spürte er instinktiv das Weib und trotz aller Verhüllung die weibliche Entblößung heraus. Ich habe ähnliche Erfahrungen wiederholt gemacht.

Das Pädagogium hat das Ziel, die Patienten ins praktische Leben hinüber zu leiten, und darf sich daher nicht auf den elementaren und wissenschaftlichen Unterricht beschränken, sondern muß auch für eine praktische Lehre seiner Patienten sorgen. Hierzu werden die Anstaltswerkstätten herangezogen, Gärtnerei, Landwirtschaft oder auch Lerngelegenheiten außerhalb der Anstalt in kaufmännischen Geschäften, in Fabriken, bei Handwerkern und dgl., dem Arzt gebührt bei der Berufswahl ein entscheidender Einfluß. Eventuell werden von der Anstalt aus geeignete Schulen, z. B. kaufmännische und Gewerbeschulen, besucht. An die Pädagogiumsbehandlung, die sich immer auf eine lange Zeit, zweckmäßig oft auf Jahre, erstrecken muß, kann sich eine Art Familienpflege, z. B. beim Lehrmeister, anschließen, in der der Patient von der Anstalt aus regelmäßig kontrolliert wird.

Zum Schluß noch eine kleine Gegenüberstellung. Sioli begründete in seinem 1907 gehaltenen Vortrag[1]) über die Abteilung für Jugendliche an der Frankfurter städtischen Irrenanstalt die Schöpfung dieser Abteilung mit der seit 1900 eingetretenen systematischen Vermehrung des Zugangs jugendlicher Kranker. Teilweise fast mit den nämlichen Worten hat Kahlbaum[2]) 1884 als Motiv für die Errichtung seines vorbildlosen Pädagogiums gleichfalls „die immer größer werdende Zahl der jugendlichen Kranken“ in seiner Anstalt angeführt. Über die Ursache des Wachsens der Aufnahmen Jugendlicher äußern Kahlbaum und Sioli sich verschieden; dieser findet sie bei seiner vorwiegend lokalen Tätigkeit mit Recht hauptsächlich in lokalen Verhältnissen; jener, der seine Kranken von überall her bekam, forscht nach allgemeinen Gründen und glaubt, zum Teil dürfte im Vergleich zu früher ein häufigeres Erkranken junger Leute anzunehmen sein.

Ich setze mich nicht in Widerspruch mit Kahlbaum und Sioli, wenn ich sage: schon in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts waren manche wohlhabenden Leute zu der Erkenntnis gelangt, daß ihre anscheinend ungeratenen Kinder geistig abnorm waren, und haben sie deshalb in die Privatanstalt geschickt. Fünfundzwanzig bis dreißig Jahre

[1]) Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 64, 1907.

[2]) Die gleiche Zeitschrift, Bd. 40, 1884.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

später wird diese Erkenntnis allmählich allgemein, und nun sucht man auch für die kranken Kinder der minderbemittelten und armen Leute Hilfe in der Irrenanstalt. Die öffentliche Anstalt trägt dem Rechnung, wie zwei bis drei Jahrzehnte vorher die Privatanstalt, und so wird kaum daran zu zweifeln sein, daß die Zukunft mit wachsendem Bedürfnis eine weitere Vermehrung der psychiatrisch-pädagogischen Abteilungen an den öffentlichen Anstalten bringen wird.

II. Vereinsbericht.

XIV. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Halle a. S., am 24. und 25. Oktober.

Referent: **H. Haenel,** Dresden.

1. Sitzung.

Nach Begrüßung der Versammlung durch Herrn Anton übernimmt den Vorsitz Herr Binswanger.

Vorträge:

Binswanger (Jena): Zur Klinik und pathologischen Anatomie der arteriosklerotischen Hirnerkrankung.

Bei den arteriosklerotischen Hirnerkrankungen, die von Alzheimer und Binswanger zuerst von der Paralyse abgegrenzt wurden, sind die Endstadien ziemlich bekannt, die Anfangsstadien bedürfen noch der Erforschung. Vorbedingung ist eine Kenntnis der normalen Verhältnisse der Hirngefäße und ihrer pathologischen Anatomie. Es ist die Frage, ob die modernen Anschauungen der Anatomen, die Arteriosklerose und Atheromatose zu einer gemeinsamen Form zusammenfassen wollen (Atherosklerose), auch für die Hirngefäße zutreffen. Die eigenen Untersuchungen des Vortr. haben ihm gezeigt, daß an den Pialgefäßen der krankhafte Prozeß in der Media beginnt. Bei den kleinsten Gefäßen ist der Unterschied zwischen Media und Intima oft undeutlich. Man sieht eine Vermehrung der Muskel- und der Endothelkerne, das Endprodukt ist die Umwandlung der Muskularis in ein fibröses Bindegewebe: eine Arteriofibrosis statt Arteriosklerosis. Es geht auch hieraus hervor, daß die Verhältnisse der Hirngefäße sich von denen der Körpergefäße wohl auch schon in der Norm unterscheiden, und daß die Erfahrungen an den einen nicht ohne weiteres auf die anderen übertragen werden können. — Im Hirngewebe fanden sich beschädigt zuerst die Tangentialfasern, dann die Ganglienzellen, ferner Wucherungsprozesse der Glia. Stäbchenkerne und Plasmazellen fehlen zum Unterschied von der Paralyse.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Als klinische Frühsymptome hebt Vortr. hervor:

1. Die Feststellung einer konstitutionellen Veranlagung zur vorzeitigen Abnutzung der Hirngefäße, die oft schon im Stammbaum der Pat. nachzuweisen ist. Die Pat. selbst sind oft pathologische Charaktere, ungleichmäßig, mißtrauisch, gelegentliche vorübergehende paranoische Züge bei guter Intelligenz. An beginnende Paralyse erinnert oft ein neurasthenisches Erschöpfungsstadium, intensive Kopfdrucksymptome, Verringerung der Merkfähigkeit, Ausfall von Namen und Zahlen verbunden mit perseveratorischen Elementen („Stauung des Gedankenganges") plötzliche Bewußtseinslücken, Auftreten von Schlafstörungen mit Traumhandlungen und Noctambulismus, heftige Anfälle von Occipitalschmerzen. Sehr wichtig ist die Feststellung eines erhöhten Blutdrucks und die häufige Untersuchung des Urins auf, wenn auch nur vorübergehenden, Eiweißgehalt. Von mehr spinalen Symptomen ist Steifigkeit in Knie- und Hüftgelenken, erhöhter passiver Widerstand bei Bewegungen, Steigerung der Sehnenreflexe hervorzuheben. Babinski'sches Symptom wurde stets vermißt. Später kommt dann eine Erschwerung der Sprache, ein Hesitieren, ähnlich wie bei Paralyse, kurze Schwindelanfälle mit aphasischen und monoparetischen Erscheinungen hinzu, für die aber charakteristisch ist, daß sie sich in kurzer Zeit meist völlig wieder verlieren. Oft komplizieren stenokardische Anfälle das Bild. Zur Differentialdiagnose gegen Paralyse hebt Vortr. zuletzt nochmals die Bestimmung des Blutdrucks hervor, ist er höher als 150 mm Hg, dann ist er als pathologisch zu bezeichnen und deutet auf Arteriosklerose.

Anton (Halle): Luetische Gehirnerkrankung bei Jugendlichen.

Vortr. schildert den Fall eines 14jährigen Mädchens. Bei der Geburt wurde ein Ausschlag konstatiert, es galt schon von früh auf stets als müde und träge. Im zweiten Schuljahr fing es an zu grimassieren und unfolgsam und unaufmerksam zu werden, dann wurde der Gang breitspurig, unbeholfen, die Bewegungen der oberen Extremitäten unsicher und ausfahrend, die Schrift schlechter. Bei der Aufnahme zeigte es den Wuchs eines 8jährigen Kindes von leicht mongoloidem Typus. Im Urin 5 % Zucker. Stottern, ausfahrende, amorphe, choreiforme Bewegungen, zunehmende Störung des Gleichgewichts, „Gangstottern". Besonders auffallend war ein Aufreißen und Offenhalten des Mundes beim Versuch zu sprechen, aber auch in der Ruhe, was zuletzt sogar zu Luxation des Unterkiefers führte. Der geistige Zustand des Mädchens war besser, als es dem äußeren Bilde nach erschien, die Schulkenntnisse reichlich, die Kritik ihrer Umgebung befriedigend. Auffallend war ihre Vorliebe für den Verkehr mit jüngeren, 7—8jährigen Kindern, die sich aber mit einer eigenartigen frühreifen Erotik vereinigte. Das psychische Verhalten machte häufige Schwankungen durch, es entwickelte sich allmählich eine geistige Dekadenz, die aber nicht zur Verblödung führte, Rechnen und Sprachkenntnisse z. B. bis zuletzt intakt ließ. Die Motilitätsstörungen nahmen zu, zuletzt konnte sie sich selbst nicht mehr im Bett umdrehen, das Schlucken wurde erschwert, es traten allgemeine Krämpfe mit Déviation conjugée und intensiven Kaubewegungen auf, denen Pat. erlag.

Anatomisch fand sich im linken Stirnhirn eine große Erweichung, die die Rinde verschont hatte. Die weiße Masse war im ganzen deutlich atrophisch, die Rinde überall von normaler Breite. Im Gebiet der Erweichung und außer-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

halb deutliche Gefäßveränderung. Zerstörung und Degeneration der Capsula externa. In beiden Linsenkernen fanden sich weiter symmetrische Erweichungen, die besonders das Putamen betrafen. Rote Kerne und Bindearme zeigten sich etwas verkleinert. Im Pons, der schon äußerlich einen atrophischen Eindruck machte, waren die Tranversalfasern verschmälert. Schließlich fanden sich auch im Mark des Kleinhirns fleckartige autochthone Fasernekrosen. Die Leber bot ein ganz eigenartiges Bild kleinlobulärer Schrumpfung, eine Veränderung, die vielleicht ebenso mit den Befunden im Gehirn wie mit dem Diabetes in ursächlichen Zusammenhang zu bringen ist. Der Gesamtzustand des Gehirns war bei der vorwiegenden Beteiligung des Marks den senilen Veränderungen ähnlicher als der Paralyse. Von Homén ist ein gleichartiger Fall beschrieben worden, der auch dieselben Leberveränderungen aufwies. Vortr. schlägt für diese Erkrankung den Namen Dementia progressiva myasthenica vor.

Weber (Göttingen): Über arteriosklerotische Psychosen.

Im Gegensatz zu dem Verhalten der Körpergefäße spielt bei der Hirnarteriosklerose die Wucherung der Elastika eine geringere Rolle. Klinisch ist der Nachweis degenerativer „Gefäßbelastung" wichtig, der Zeichen von Gefäßschwäche (leichtes Auftreten von Cyanose, Quaddelbildung der Haut), meist sind Kopfarbeiter, die besseren Stände betroffen. In den früheren Lebensaltern (30—40 Jahre) überwiegen die positiven Symptome (Angst, Wahnbildungen), in den späteren (60—70 Jahre) die Ausfallsymptome. Oft ist im Beginn die Ähnlichkeit mit der klassischen Paralyse eine große: Größenideen, die aber mehr dem normalen Vorstellungsinhalte angereiht sind, Steigerung unangenehmer und brutaler Charakterzüge, wenn solche schon früher vorhanden waren. Prognostisch ist wichtig, daß die Verlaufsdauer meist eine viel längere als bei Paralyse ist. Häufige Schwankungen im Befinden bilden die Regel. Transitorische Pupillenstarre (totale) erschwert die Differentialdiagnose oft noch mehr. Je nach der Lokalisation des Prozesses, ob vorwiegend cortical oder subcortical, sind die Bilder verschieden. — An den Gefäßen ist, besonders wenn Infektionskrankheiten vorangegangen sind, der Befund einer entzündlichen Infiltration der Adventitia an Stelle von Media- oder Intimaveränderungen nicht selten. In anderen Fällen setzt von vornherein der Prozeß mit schweren degenerativen Veränderungen (Verkalkung, hyaline Entartung) in der Media ein, besonders wenn Lues vorausgegangen ist, die also auch für die Arteriosklerose ätiologisch in Betracht kommt. Einen anatomischen Ausdruck für die „Gefäßbelastung" bietet vielleicht der Befund einer auffallenden Dünne der kleinsten Gefäße, die dabei fast keine Elastika aufweisen. In diesen Fällen nimmt bei höherem Lebensalter infolge der wachsenden Beanspruchung durch den Blutdruck nicht das dürftige elastische Gewebe zu, sondern es entwickelt sich ein minderwertiges Bindegewebe. Die Früharteriosklerose hat ihren Sitz hauptsächlich an den kleinsten Gefäßen.

Diskussion: Anton demonstriert nach der Methode von Stölzner isolierte Gefäßbäume einzelner Hirnarterien, die in toto aus dem frischen Gehirn herausgedreht sind. Stölzner ergänzt diese Bemerkungen.

Bunnemann betont gegenüber Binswanger, daß in der Sanatoriumspraxis eine Polypragmasie zu vermeiden ist, um den Pat. nicht durch allzuoft wiederholte Untersuchungen und die damit verbundenen Suggestionen zu schaden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mit der Mitteilung der Diagnose Arterienverkalkung an den Pat. soll man äußerst zurückhaltend sein.

Eichelberg weist darauf hin, daß die Spinalpunktion und die serologische Untersuchung des Punktats nach Wassermann und Neißer ein zuverlässiges differentialdiagnostisches Mittel zur Unterscheidung von Paralyse und Arteriosklerose darstellt.

Binswanger: Wenn anamnestisch Lues im Spiele ist, kann die Differentialdiagnose im Frühstadium unmöglich werden. Die von Weber erwähnte Hypoplasie der Gefäßwände hat er schon vor ca. 25 Jahren beschrieben. Die Bedenken Bunnemann's kann er, besonders bez. der Blutdruckuntersuchung, nicht teilen. Diese ist wohl auch suggestiv unbedenklich. Ein ausnahmsweise verringerter Blutdruck deutet vielleicht auf eine angeborene Gefäßhypoplasie.

Weber: Bei diesen letzteren Fällen ist oft Herzschwäche im Spiele, nachgewiesen durch Prüfung des Blutdrucks im Liegen wie im Sitzen.

Veit (Halle): Dysmenorrhoe.

Die neueren anatomischen Untersuchungen haben die Frage der Dysmenorrhoe auf eine festere Basis gestellt und erwiesen, daß viele, früher als pathologisch aufgefaßte Bilder nichts sind als der Ausdruck normaler prä- oder postmenstrueller Veränderungen. Die Gynäkologen fassen die Menstruation jetzt auf als den Abortus eines unbefruchteten Eies; Frauen mit zweifelhaftem Nervensystem überstehen die Anforderungen dieses Abortus schwerer als solche mit robustem. Daß neuropathische Frauen als uterinkrank behandelt oder gar kastriert würden, dürfte heute zu den Ausnahmen gehören. Nur wenn ein wirklich krankes Endometrium die Dysmenorrhoe bedingt, ist eine mechanische Behandlung angezeigt (Polypen u. a.). Die neueren, besonders auf Fließ zurückzuführenden Angaben, nach denen jede Dysmenorrhoe von der Nase aus zu heilen ist, sind zum mindesten übertrieben. Vieles ist bei den Erfolgen auf Suggestion zurückzuführen. In den erfolgreichen Fällen ist weder die Nase noch der Uterus, sondern das ganze Individuum krank gewesen. Auch durch Hypnose, durch Enteroptosenbehandlung, von der Brustwarze aus sind Heilungen beschrieben worden. Also ein sehr kompliziertes System von Ursachen und therapeutischen Methoden. Festzuhalten ist, daß die gynäkologische Behandlung, wenn rechtzeitig ein neurasthenischer Zustand festgestellt werden kann, möglichst einzuschränken ist, also vor der gynäkologischen Behandlung soll eine Untersuchung durch den Nervenarzt stattfinden. Festzuhalten ist aber auf der anderen Seite, daß die nervengesunde Frau durch richtig indizierte Lokalbehandlung nicht nervös wird, abgesehen von Kastrationsfolgen.

Diskussion: Binswanger begrüßt den Wandel in der Auffassung der Gynäkologen, die nicht zum geringen Teile den Arbeiten von Veit mit zu verdanken ist. Trotzdem bleibt die Frage, ob der Gynäkologe oder Neurologe zuerst die Behandlung übernehmen soll, oft eine schwer zu entscheidende.

Kleist (Frankfurt a. M.): Beziehungen von Denkstörungen zu Bewegungsstörungen.

Vortr. hat seine Studien besonders an akinetischen und hyperkinetischen Katatonikern gemacht. Neben den eigenartigen Denkstörungen und scheinbaren Ausfällen der Gedankentätigkeit findet man bei ihnen auch Gefühlsstörungen

Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

(Negativismus usw.). Die Denkstörungen wurden bisher verschiedentlich erklärt: als assoziative Störung in Form eines Ausfalles (Ziehen), als Fixierung der Gedanken an einer überwiegenden Idee (Sommer). Vortr. kritisiert die beiden Deutungen und versucht dann eine Abhängigkeit der Denkstörung von den Bewegungsstörungen zu konstruieren. Auffallend ist hierbei besonders ein Parallelismus beider Störungen, sobald Schwankungen in der Intensität des Krankheitsprozesses auftreten. Vortr. setzt auseinander, wie schon in der Norm bei allem Auffassen, Denken, Vorstellen die Motilität eine große Rolle spielt. Auch beim erinnerungsmäßigen Vorstellen eines Gegenstandes spielen dessen kinästhetische Momente mit. Es ist begreiflich, daß, wenn diese infolge einer psychomotorischen Störung ausfallen, das Denken ebenfalls erschwert ist. Infolge der gestörten Auffassung zeigen sich dann auch Merkdefekte und aus demselben Grunde werden die produktiven Denkleistungen spärlicher. Die Perseveration führt Vortr. darauf zurück, daß zunächst die Einstellungsbewegung der Aufmerksamkeit auf eine Vorstellung erschwert ist, ist sie aber schließlich erfolgt, dann haftet der Gedankengang an ihr, weil der Eintritt einer anderen ebenso erschwert ist. Sollen psychomotorische Störungen zu Denkhemmungen führen, so kommt es weniger auf ihre Intensität, als darauf an, daß sie weit ausgebreitet sind. Schließlich weist Vortr. auf die Übereinstimmung seiner Auffassung mit der Lehre von Ribot hin, der ebenfalls die Aufmerksamkeit für ein motorisches Phänomen hält.

Diskussion: Liepmann stimmt im allgemeinen mit dem Vortr. überein, glaubt aber, daß die Motilitätsstörungen nur eine Komponente bei den Denkstörungen darstellen, zu ihrer völligen Erklärung aber nicht ausreichen. Eine Dissoziation der kinästhetischen Momente führt zu Denkstörungen sehr komplizierter Art, die sich von denen bei Stuporösen wesentlich unterscheiden.

Möli warnt vor einer Verallgemeinerung der Theorie des Vortr. und zweifelt an einer kausalen Bedeutung des von ihm konstruierten Zusammenhanges.

Döllken betont, daß die Untersuchungen verschieden ausfallen dürften, je nachdem die Katatoniker dem motorischen, optischen oder akustischen Typus angehören. Deshalb dürfte den Theorien des Vortr. nicht ohne weiteres Allgemeingültigkeit zukommen.

Neißer bestätigt zwar die nahe Beziehung zwischen motorischen und Denkstörungen, betont aber, daß es sich bei den akinetischen Zuständen meist nicht um einen Ausfall, sondern nur um eine Störung in der Richtung der Bewegung handelt. Die eigentümliche Reaktion, die sich in Negativismus und Flexibilitas cerea äußert, ist doch mit den Denkstörungen eng verknüpft.

Kleist betont in seinem Schlußwort, daß er sich nur an die reinen Fälle gehalten hat, die den erwähnten Zusammenhang typisch zeigten.

2. Sitzung. Vorsitzender Möli (Berlin).

Anton (Halle) berichtet über ein Verfahren, das er gemeinsam mit Bramann zur Entlastung des Hirndruckes ausgebildet hat. Der Ventrikelpunktion fehlte der Dauererfolg, ihre häufige Wiederholung hat schädliche Folgen, deshalb kam er darauf, durch Durchstoßung des meist schon durch den Druck verdünnten Balkens eine Kommunikation des dritten Ventrikels mit dem Subduralraum des Schädels und der Wirbelsäule herzustellen, ein Eingriff, der von einer kleinen Trepanationsöffnung neben der Sagittalnaht leicht auszuführen ist. Die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesetzte Öffnung bleibt offen infolge des dauernden Überdruckes, der innerhalb der Ventrikel in der Regel bei solchen Fällen herrscht. Er demonstriert drei Fälle, im ersten bestehen die Symptome eines Kleinhirntumors, seit der Punktion am 3. März dieses Jahres hat Pat. Kopfschmerzen, Schwindel und Gleichgewichtsstörung verloren. Der zweite Fall betrifft einen 6jährigen Knaben mit schwerem Hydrocephalus, der, vorher schwer ataktisch und fast stuporös, nach der Punktion sitzen gelernt hat, in einem Stützapparat zu gehen anfängt, geistig lebhafter geworden ist: seine Stauungsneuritis geht zurück. Bei einem dritten Falle von wahrscheinlich basalem Tumor war die Erblindung nicht aufzuhalten, alle anderen Symptome (Schwindel, statische Ataxie, Erbrechen, Benommenheit usw.) blieben verschwunden.

Fries (Nietleben) demonstriert die Schädel von zwei geisteskranken Schwestern, die sich durch außerordentlich starke knollige Exostosen an der Tabula vitrea des Stirnteils, in geringerem Grade auch der Basis auszeichneten. Vortr. sieht darin vielleicht eine kompensatorische Bildung bei Atrophie des Gehirns.

Schütz (Jena): Beitrag zur pathologischen Anatomie der Neurofibrillen.

Vortr. hat eine Reihe von Fällen von Dementia praecox, Paralyse, sekundärer Demenz nach der Methode von Bielschowsky untersucht. Sie zeigt, daß die Fibrillen durch die Zellen ohne Netz- oder Gitterbildung und ohne Anastomosen glatt durchlaufen. Die schwersten Veränderungen fanden sich bei Paralyse: Lichtung des extracellulären Fasernetzes, besonders in den Zellen der äußeren Rindenschicht; die Fortsätze sind oft bis auf den Spitzenfortsatz geschwunden, die Kerne liegen exzentrisch. Die Fibrillen sind geschwollen, miteinander verklebt und in Schollen zerfallen. In den Fortsätzen sind sie meist besser erhalten, als im Zellinneren. Zuletzt sieht man nur noch schwarze Haufen von Körnern und Schollen in der äußeren Form der Zelle. — Bei Dementia praecox sind gesunde neben veränderten Rindenzellen in größerer Zahl anzutreffen. Die äußere Zellform ist meist besser erhalten. Es finden sich Vakuolen, Verdickung und Verklebung der Fibrillen, später auch hier Auflösung derselben in Körnchenreihen. Bei Idiotie ist neben der Zellform auch die Architektonik der Rinde geschädigt, die Fibrillenbildung oft fast ganz verschwunden. — Die Bilder bei Katatonie ähneln denen bei Paralyse, die Veränderungen sind aber leichter, die Fortsätze meist erhalten, das extracelluläre Netz gelichtet; verwaschene Zeichnung, Vakuolenbildung und körniger Zerfall der Fibrillen wird auch hier angetroffen. — Zur Kontrolle untersuchte Vortr. auch bei Gesunden postmortale Veränderungen, nachdem das Gehirn 12—36 Stunden alt war. Er fand hier bei erhaltener äußerer Zellform und zentral gelegenem Kern ebenfalls verklebte und verwaschene Fibrillen, so daß die letzteren Veränderungen nur in Verbindung mit Veränderung der Zellform als pathologisch zu erklären sind. Er demonstriert Diapositive nach Zeichnungen.

Diskussion: Döllken mahnt zur Vorsicht in der Deutung der Bilder. Die als pathologisch erklärten Veränderungen sind nicht selten Härtungsprodukte, abhängig von der Dauer der Imprägnation; auch die Alkaleszenz des Gehirns ist zu beachten. Von den vorgeführten Veränderungen hält er nur die Vakuolen-

Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

bildung für eindeutig pathologisch, weniger die Verklumpung, die auch bei Ramon-y-Cajalfärbung vorkommt.

Schütz glaubt bei der sorgfältigen Durchführung der Bielschowskyfärbung vor Täuschungen besser geschätzt zu sein, als dies bei der Cajalmethode möglich ist.

Pfeifer (Halle): Über die traumatische Degeneration und Regeneration des menschlichen Gehirns.

Zur Lösung der Frage nach der Regeneration im Nervengewebe untersuchte Vortr. die Veränderungen, die sich nach verschiedenen Zeiträumen an Hirnpunktionswunden feststellen lassen. Nach Härtung der Stücke in Formol machte er Kern-, Glia-, Markscheiden- und Achsenzylinderfärbungen nach Bielschowsky. 5 Tage nach der Punktion konnte er bei Fehlen aller entzündlichen Erscheinungen im Inneren des Punktionskanals eine Anhäufung von Gitter- und Pigmentkörnchenzellen sehen, in die später vom Rande aus in Zapfen und Sprossen ein blutreiches Bindegewebe einwächst, das schließlich den Kanal ausfüllt. Nirgends war bei diesen aseptischen Narben Gliawucherung zu sehen. Die Markscheiden sind nach 5 Tagen in der Umgebung des Stichkanals gelichtet, aber nirgends wirklich degeneriert. Erst nach $10^1/_2$ Monaten kann man feine neugebildete Fäserchen nach Weigert im Bindegewebe der Narbe nachweisen. Die Achsenzylinder sind nach 5 Tagen in der Umgebung der Wunde stark gequollen, fragmentiert, rosenkranzartig verändert. Nach 19 Tagen fallen außerhalb der Narbe wenige sehr kurze Achsenzylinder auf, neben denen nach 10 Monaten überwiegend auch im Inneren des Narbengewebes regenerierte Formen vorkommen: Ringe, Knospen, Endkeulen, Verzweigungen, so daß zuletzt das junge Bindegewebe ganz mit neuen Fäserchen durchsetzt ist. Der Befund entspricht also genau dem, was Ramon-y-Cajal nach Verletzungen bei jungen Tieren gesehen hat. Ebenso ähnelt es den Befunden, die Bielschowsky und Miyake bei Kompressionsmyelitis erheben konnten. Wenn bei den letzteren die Deutung noch unsicher war, so handelt es sich bei Vortr. sicher nicht um persistierende, sondern um neugebildete Fasern, wahrscheinlich nicht durch Autoregeneration, sondern durch Auswachsen aus alten Fasern entstanden. Ob dieselben funktionstüchtig sind, ist im Gehirn klinisch natürlich nicht nachzuweisen; dafür spricht immerhin, daß die jungen Achsenzylinder sich nach 8—10 Monaten mit Markscheiden umhüllt haben.

v. Nießl (Leipzig): Linsenkern und Sprachstörung.

52jährige Kranke, nach Schlaganfall rechtsseitige Lähmung und Sprachstörung: Spontansprache aufgehoben, Nachsprechen besser, aber mit vielen paraphasischen Beimengungen und Stammeln. Schriftliche Aufträge verstand Pat. ebenso wie gehörte. Laut-Lesen unmöglich, gezeigte Gegenstände benannte sie nicht oder nur mit paraphasischen Wortneubildungen, obgleich sie sie erkannte und richtig handhabte. — Anatomisch fand sich eine Erweichung des ganzen Marklagers im linken Stirnhirn, nach hinten bis zur Pars opercularis reichend, ferner war erweicht der Linsenkern, der vordere Teil des Streifenhügels und die obere Hälfte der vorderen Zentralwindung. Intakt war F 3, der untere Teil der vorderen Zentralwindung samt ihren Fasern zum 7. und 8. Kern, weiter die Hörsphäre im Schläfenlappen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus dem Befund geht hervor, daß nicht im Linsenkern, wie Marie es angibt, der Sitz der Sprachstörung zu suchen ist. Zu beachten ist hierbei, daß die Sprachfunktion sich in hohem Grade wieder hergestellt hatte. Wir müssen annehmen, daß die rechte Hemisphäre Ersatz geschafft hat. Zwei wichtige Leitungen waren unterbrochen, nämlich die von der linken Hörsphäre zur rechten einerseits und zur linken Sprachregion andererseits. Der Linsenkern ist also nur insofern für die Sprachstörung anzuschuldigen, als durch den in ihm gefundenen Herd die benachbarten beiden bezeichneten Bahnen geschädigt worden waren.

Diskussion: Liepmann teilt die Ansicht des Vortr. bez. der Bedeutung des Linsenkernes; bei Läsion der Marie'schen „Linsenkernzone" sind eine ganze Reihe verschiedenwertiger Gebilde betroffen. Die laterale Region dieser Zone setzt die Symptome, die bisher als Inselaphasie galten und die der Broca'schen Aphasie sehr ähnlich sein können. Es werden dabei Assoziationsbahnen zwischen Temporal- und Frontalgegend unterbrochen. Sehr zu beachten ist in jedem solchen Falle, ob der Inselherd etwa Ausläufer in das Mark von F3 oder T1 aussendet. In diesem Falle kommt es zu echten expressiven Aphasien. Bei strenger Beschränkung des Herdes auf den Linsenkern fehlen die letzteren. Er demonstriert einen hierfür bezeichnenden Fall in Frontalschnitten.

Anton kann ebenfalls über ähnliche Fälle berichten, die gegen eine Sprachfunktion des Linsenkerns sprechen.

v. Nießl sieht in dem von Liebmann demonstrierten Falle ein anatomisches Seitenstück zu dem seinigen, der sich aber durch das Ausbleiben der Besserung und die Worttaubheit doch deutlich von ihm unterscheidet. Herde von fast gleicher Lokalisation können also sehr verschiedene Symptomenbilder geben.

Liepmann will diese letztere Bemerkung doch nur in sehr beschränktem Maße gelten lassen, und höchstens von einer Variabilität der Symptome bei ähnlich gelegenen Herden sprechen.

Winternitz (Halle): Über Veronalnatrium nebst Bemerkungen über Sauerstoffverbrauch im narkotischen Schlaf.

Vortr. hat die subkutane und intramuskuläre Anwendung des Veronals und Veronalnatriums studiert. Beide Präparate unterscheiden sich besonders durch ihre Löslichkeit, indem das letztere schon in 5 Teilen Wasser sich löst. Per os genommen wandelt sich auch Veronalnatrium im Magen in Veronal um und erst im Darm wieder in Veronalnatrium zurück. Der Vorteil liegt besonders in der rascheren Resorption, die Wirkung beider ist die gleiche. Auch als Suppositorium ist es anwendbar. Die subkutane Anwendung hat entgegen den gewöhnlichen Erfahrungen nur eine sehr geringe Wirkung, 0,5 intern wirkt intensiver als 1,0 oder mehr subkutan. Der Unterschied wird vielleicht dadurch hervorgerufen, daß das Schlafmittel durch die lipoiden Stoffe des Unterhautzellgewebes festgehalten wird. — Vortr. berichtet ferner kurz über Respirationsversuche, die er im normalen und im Veronalschlaf angestellt hat. Unter beiden Bedingungen nimmt gegen Morgen die Erregbarkeit des Atemzentrums, die während der Nacht herabgesetzt war und nur mit einer geringen Atemleistung auf die Luftzufuhr antwortete, wieder zu. Diese Verminderung der Erregbarkeit ist also ein Charakteristikum des normalen wie des Veronalschlafes.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stadelmann (Dresden): Die Beziehung der Ermüdung zur Psychose.

Der Vorgang der Ermüdung hat 2 Stadien, das der gesteigerten und das der herabgesetzten Reizbarkeit; dem ersten Stadium kommt gesteigerte Dissoziation und ebenfalls gesteigerte Assoziation zu, sowie intensivere Gefühlsbildung; bei dem zweiten Stadium ist mangelhafte Assoziation und Gefühlsbildung festzustellen. In den jeweiligen Zuständen entsprechen die subjektiven Werte den Gefühlen; beim Übergang des einen Zustandes zum andern zeigt sich der Umsturzwert. Das Handeln ist entsprechend diesen Gefühlen impulsiv oder lässig. Nach individuell verschieden langer Zeit tritt die Erholung nach dem Ermüdungsvorgange ein. Diese Wiederherstellung kann jedoch nie als vollständiger Ausgleich angesehen werden, da jeder Reiz in der Zelle eine Spur hinterläßt, die sich zu geeigneter Zeit in irgendeiner Weise geltend macht als Gedächtnis. Diese Vorgänge sind durchaus normaler Natur.

Denkt man sich diese Vorgänge bei der Ermüdung stark vergrößert, dann haben wir psychotische Symptome vor uns, die sich von jenen nur unterscheiden durch den gewaltigen Quantitätsunterschied und den Unterschied in der Zeitdauer. Es finden somit die psychotischen Symptome entsprechende Vorgänge in der Norm. Eine Berechtigung zu diesen Annahmen liegt in den individuellen Unterschieden bei dem Reagieren auf Reize. Die seelische Veranlagung der psychopathisch Veranlagten ist eine „Ermüdungsanlage", weil sie die Ermüdungssymptome weitaus schneller zustande kommen läßt, als die normale Veranlagung. Die sogenannten Kinderfehler der psychopathisch veranlagten Kinder sind die Zeichen der Ermüdung. Diese Ermüdungslage weist verschiedene Typen auf, die insbesondere durch den verschiedenen Grad der Erholung sich voneinander unterscheiden; diese Typen von Anlagen neigen zu bestimmten Psychosen.

Die Ermüdung ist ein physiko-chemischer Vorgang, der zu einer Selbstvergiftung des Körpers führt. Die Weichart'schen Untersuchungsergebnisse sprechen für diese Annahme. Weichart fand ein Ermüdungsgift, das in geringer Dosis gesteigerte, in vermehrter eine herabgesetzte Erregbarkeit hervorbringt. Ermüdung ist ein zweckmäßiger Lebensvorgang, durch den die Arbeitsleistung gefördert und durch den zugleich der Zelle ein Schutz erwächst vor ihrem völligen Aufbrauch. Diese Zweckmäßigkeit wird hinfällig bei den Ermüdungsanlagen, bei denen es zur Selbstvergiftung im engeren Sinne kommt. Das Ermüdungsgift hat bezüglich der Erregbarkeit eine Wirkung, wie sie im allgemeinen den sogenannten Nervengiften zukommt.

Die cellulären Veränderungen sind Folge dieser Vergiftungsvorgänge in den Zellen. Auf Grund der Beziehungen, die sich aus der Betrachtung der Ermüdung zur Psychose ergeben, kann das naturwissenschaftlich faßbare Wesen der Psychose erkannt werden; auch die Therapie wird auf Grund dieser Beziehungen gewinnen. Autoreferat.

Friedel (Jena): Zur Prognose der traumatischen Neurose.

Vortr. hat ein Material von 131 Fällen, darunter 16 Frauen, durch lange Zeit, zum Teil 20 Jahre beobachtet, das sich dadurch auszeichnete, daß alle Begutachtungen aus derselben Klinik stammten. Er unterscheidet neurasthenische, hysterische und hypochondrische Formen. Die Mehrzahl gehörte der ersten Gruppe an. Bei 10 Männern blieb dauernd eine Erwerbsunfähigkeit von 100 % bestehen. Nur bei 4, im Grunde genommen nur bei 2 Männern trat völlige

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Heilung ein. Prognostisch kommt in Betracht einmal die Art der Verletzung, dann aber auch die Eigenart des Verletzten selbst. Das Mißverhältnis zwischen dem Grade der Verletzung und ihren Folgen ist oft ein sehr auffallendes. Unter den Kopfverletzungen sind die Schädelbrüche relativ günstig; sie heilten bis auf durchschnittlich 25 % Erwerbsfähigkeit. Bei Betrachtung der persönlichen Verhältnisse der Verletzten konnte nur in 10 Fällen erbliche Belastung gefunden werden. Schwer feststellbar ist es, ob schon vorher neurasthenische oder hysterische Symptome bestanden haben. Die Komplikation mit Arteriosklerose, auf deren Verlauf der Unfall direkt verschlechternd einwirken kann, ist besonders im höheren Alter nicht selten. Phthise wurde selten gefunden. Der Alkoholismus verschlechtert die Prognose nicht in nennenswertem Grade, wohl aber das höhere Lebensalter, bei dem die größte Zahl schwerer Fälle nachweisbar waren. Besonders ungünstig verlaufen diejenigen Fälle, in denen eine psychische Debilität nachgewiesen werden konnte; bei ihnen waren die Heilsuggestionen meist erfolglos. 14mal konnte Vortr. transitorische Psychosen beobachten. Im ganzen kann man sagen, daß die neurasthenischen Formen am günstigsten bezüglich der Prognose sind, schlechter die hysterischen, am ungünstigsten die hypochondrischen Formen. Die Therapie liegt nur zum kleineren Teil in der Hand des Arztes, von viel größerer Bedeutung ist der Modus der Entschädigung.

Diskussion: Döllken weist auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen sachverständigen Behandlung der frischen Fälle hin. Dann sind die Heilaussichten gute. Auch in seinen Gutachten spielen die Fälle von Debilität keine geringe Rolle.

Sorge (Jena): Die Aufbrauchstheorie Edinger's in ihrer Anwendung auf die Dementia paralytica.

Vortr. stellt im Abrisse die Edinger'sche Lehre und die Einwände, die ihre Gegner erhoben haben, dar. Er kontrollierte 224 Fälle der Jenaer Klinik von dem Gesichtspunkt aus, ob der Prozeß vorwiegend paralytisch oder taboparalytisch verlaufen war. Es fand sich, daß Patienten mit vorwiegend sitzender Lebensweise und Gehirnarbeiter häufiger an reiner Paralyse erkrankten, solche, die ihre unteren Extremitäten beruflich mehr beanspruchten (Offiziere, Fuhrleute, Landärzte), häufiger tabische Komplikationen aufwiesen. Bei Patienten, die einen Feldzug mitgemacht hatten, war mit Sicherheit auf eine Mitbeteiligung des Rückenmarks zu rechnen. Auch bezüglich der Entstehung der Optikusatrophie sucht Vortr. den Gesichtspunkt der funktionellen Überanstrengung durchzuführen, im selben Sinne sprechen solche Fälle, bei denen die Paralyse direkt im Anschlusse an schwere psychische Traumen sich akut entwickelt hatte, ferner die Paralyse bei Belasteten, bei Alkoholikern.

Stölzner (Halle): Zur Frage der Pathogenese der Kindertetanie.

Vortr. hat vor 2 Jahren die Hypothese aufgestellt, daß die Ursache der Kindertetanie in einer Erhöhung der Calciumkonzentration der Gewebsflüssigkeit zu suchen sei. Er ging von der physiologischen Tatsache aus, daß die Erregbarkeit der peripheren Nerven und Muskeln in der Norm von der molekularen Konzentration des Natriums, Kaliums und Calciums abhängt. Fehlt das letztere ganz, so schwindet die Erregbarkeit, dasselbe tritt aber auch auf bei einer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

übermäßigen Erhöhung des Calciumgehaltes; bis zu einem gewissen Konzentrationsgrade steigt die Erregbarkeit parallel der Höhe des Ca-Gehaltes. Eine Ca-Stauung in den Gewebssäften tritt ein, wenn die Ausscheidung des Ca durch den Darm ungenügend ist. In der Tat sind fast alle tetaniekranken Kinder darmkrank. Die Erfahrung, daß die kalkreiche Kuhmilch ungünstig, die kalkarme Frauenmilch günstig auf die Krankheit wirkt, spricht in demselben Sinne. Experimentell fand sich, daß bei Ca-Zufuhr die galvanische Erregbarkeit der Muskeln tetaniekranker Kinder zunahm. Beim wachsenden Kinde wird das Ca der Nahrung vom Knochensystem festgehalten. Wird dieses letztere krank, so entsteht ebenfalls eine Ca-Stauung im Gewebe. Die Erfahrung lehrt, daß tetaniekranke Kinder sehr häufig rachitisch sind. Da der Ca-Gehalt der Gewebe also durch 3 Faktoren bestimmt ist: Gehalt in der Nahrung, Beschaffenheit des Darmes und des Skelettes, erklären sich die Verschiedenheiten und die gelegentlichen Überraschungen im Verlauf der einzelnen Fälle. Durch Phosphorlebertran wird die Aufnahmefähigkeit des Knochens für Ca erhöht, er wirkt deshalb auch heilend auf die Tetanie. Der gelegentliche plötzliche Tod rachitisch-tetanischer Kinder ist ein Herztod, bedingt durch tonischen Stillstand des unerregbar gewordenen Herzmuskels. Vortr. bespricht die von Risel veröffentlichten Fälle, die bei richtiger Deutung seine Hypothese nicht widerlegen, sondern stützen. Die Theorie, die die Krankheit in Beziehung zu den Epithelkörperchen setzen will, ist noch sehr angreifbar. Die von anderer Seite vorgeschlagene Behandlung der Tetanie durch Ca-Zufuhr ist nach dem Gesagten irrationell, ihre Erfolge sind nur Scheinerfolge, weil sie die Muskelerregbarkeit zwar herabsetzen, den Prozeß aber, der zu ihr geführt hat, nur verschlimmern.

Pariser Neurologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Juli 1908.

Referiert nach der Revue neurologique vom 15. Juli von **M. Lewandowsky.**

Sicard et Gy: Creux Sus-claviculaire dans la Paralysie de la Branche Externe du Spinal.

Wird mit Abbildungen in der Iconographie erscheinen.

A. Dyleff: Sur la Force Musculaire dans la Maladie de Parkinson.

Bei der Paralysis agitans ist die motorische Kraft gering, wenn es sich um aktive Bewegungen handelt, während die Kraft, mit der gegen passive Bewegungen Widerstand geleistet wird, zu gleicher Zeit sehr beträchtlich sein kann.

Raymond et Sézary: Aphasie hystérique.

44jährige Frau, die einer echten motorischen Aphrasie darum sehr ähnlich sieht, weil sie nur geringe Sprachreste hat, weil sie Reihen besser spricht, als einzelne Worte, weil sie die Worte besser singend findet. Schriftlich drückt sie sich aber fließend aus und liest auch fließend. Die Diagnose Hysterie wird durch den Erfolg der Psychotherapie bestätigt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lévy et Baudouin: A propos du Traitement des Névralgies Faciales par les injections d'Alcool.

Die Vortr. berichten über einen Fall, in welchem nach Alkoholinjektionen in den R. supramaxillaris eine Nekrose eines Teils des Oberkiefers eintrat.

Sicard hält die intravenöse Injektion von Alkohol in der großen Masse der Fälle für so unbedingt wirksam (auf 1—2 Jahre), daß er solche Unglücksfälle, die unter 200 Fällen einmal vorkommen, nicht nur nicht als Kontraindikation gegen die Methode, sondern die Indikationen in keinem Punkte als geändert ansehen könne.

J. Babinski et A. Fournay: Section du Cubital et du Médian, à la partie inférieure de l'Avant-bras.

Nach Nervenverletzung kann eine Sensibilität vorgetäuscht werden, wenn bei der Berührung des Fingers eine Bewegung desselben hervorgebracht wird, dadurch, daß durch die Bewegung der Sehne ein Zug an der Narbe (hier am Vorderarm) ausgeübt wird, den der Kranke fühlt und auch in dem bewegten Finger lokalisieren kann.

Klippel, Pierre Weil et Serguéeff: Réflexe Contralatéral Plantaire Hétérogène.

Vortr. stellen einen Hemiplegiker vor, der den gewöhnlichen Babinski'schen Reflex zeigt, der aber, wenn man die Fußsohle der gesunden Seite streicht, an den Zehen der kranken Seite eine reflektorische Beugung der Zehen, insbesondere der großen Zehe zeigt. In einigen Fällen ist das auch von Babinski und Ganault beschrieben[1]). Vortr. berichten, daß dasselbe aber auch bei nicht Nervenkranken, z. B. bei vorgeschrittenen Tuberkulösen der Fall sein kann.

Dejerine et Tinel: Un cas d'Aphasie de Broca.

Broca'sche Aphasie mit partiellen epileptischen Krämpfen. Vortr. schließen auf einen Rindenherd und betonen besonders das völlige Fehlen von Worttaubheit und das fast völlige Fehlen von Wortblindheit.

Klippel, Serguéeff et P. Weil: Hémiplégie Cérébrale avec Troubles marqués de la Sensibilité.

Aus dem Überwiegen der Sensibilitätsstörung stellen die Vortr. die Diagnose eines Herdes im Thalamus.

Babinski hat bei Herden dieses Sitzes oder im Großhirn niemals Dissoziation der Empfindung vom syringomyelitischen Typus gesehen.

Roussy bestätigt das.

Klippel hat doch eine, wenn auch nicht reine Dissoziation auch bei Großhirnherden gesehen.

---

[1]) Herr Dr. Steinberg, Assistent am Krankenhaus Friedrichshain Berlin, teilt dem Ref. mit, daß er diesen Reflex seit längerer Zeit verfolge, und daß die contralaterale Flexion der großen Zehe bei frischen Hemiplegien eine fast regelmäßige Erscheinung sei.

Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

H. Claude et C. Vincent: Un cas de Myasthénie Bulbo-spinale avec Atrophie Musculaire localisée et phénomènes se rattachant peut-être à une insuffisance Surrénale.

Ein 38jähriger Mann (Lues vor 13 Jahren), der sehr schwere Arbeit zu verrichten hatte, erkrankte plötzlich mit Lähmung der Nackenmuskeln, der sehr bald eine Atrophie folgte. Nach 2 Monaten fing nun eine atrophische Lähmung — jetzt allmählich — sich auf das Gesicht, die Zunge, dann auf die oberen Extremitäten an auszubreiten. Bei der Untersuchung zeigten sich auch die Augenbewegungen erschwert. Beim Sprechen und Schlucken ermüdet er rasch. Reflexe, Sensibilität und Sphinkteren normal. Lumbalflüssigkeit o. B. Partielle Entartungsreaktion der gelähmten Muskeln. Vortr. stellen die Diagnose Myasthenie, da sie progressive Muskelatrophie, amyotrophische Lateralsklerose und bulbäre Herderkrankung ausschließen [1]). Vortr. konstatieren ferner eine abnorm starke Pigmentation und eine arterielle Hypotonie, und glauben daraufhin das ganze Krankheitsbild als bedingt durch Insuffizienz der Nebennieren ansehen zu sollen.

Vincent: Deux cas de Méningite syphilitique.

Erscheint später.

Ballet et Boudon: Céphalée intense, avec Lymphocytose récemment constatée, datant de 10 ans, sans symptômes nets de lésion organique.

Entspricht dem Titel.

F. Lévy et Tournay: Hémorrhagies cutanées, Albuminurie, Hypertension artérielle, Névropathie.

Eine Neuropathin, bei der man durch leichten Druck leicht Ekchymosen erzeugen kann, was aber durch eine bestehende Nephritis genügend erklärt wird.

Brissaud et Gougerot: Névrite localisée avec troubles trophiques à la suite de coupure du pouce, névralgie ascendante.

Lokale Neuritis infolge einer Verletzung und Neuralgie, die sich sehr weit erstreckt. Letztere vielleicht traumatische Neurose.

Brissaud et Guy: Un cas de Poliencéphalomyélite aigue.

Im Anschluß an eine leichte Infektion stellten sich Lähmungserscheinungen der 4 Glieder, des Facialis und der äußeren Augenmuskeln ein. Genauere Angaben fehlen.

M. et Mme Dejerine: Présentation d'une Photographie en couleur d'une Hémorrhagie Méningée en nappe occupant l'Espace Sous-Arachnoidien.

Nutzen der farbigen Photographie für den Unterricht.

Babinski et Clunet: Tumeurs Méningées unilatérales. Hémiplégie siégeant du même côté que les Tumeurs.

Homolaterale Hemiplegie bei meningealen Tumoren. Operation daher auf der falschen Seite.

---

[1]) Sollte nicht noch die chronische Poliomyelitis in Frage kommen? D. Ref.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Clunet: Hémorrhagie Méningée.

Alquier et Renauld: Mal de Pott cervicodorsal.

Erscheint später.

Schmiergeld: De l'emploi de la Tiodine dans le traitement du Tabes.

Tiodin ist von Weiß (Wien) zur Behandlung der Tabes empfohlen worden. Auch Schmiergeld sieht einen günstigen Einfluß auf die Schmerzen.

III. Bibliographie.

Georg Puppe: Atlas und Grundriß der gerichtlichen Medizin unter Benutzung von E. v. Hofmann's Atlas der gerichtlichen Medizin. Mit 70 vielfarbigen Tafeln und 204 schwarzen Abbildungen. München, J. F. Lehmann. 1908.

Der 17. Doppelband der Lehmann'schen medizinischen Handatlanten, den der erfahrene Königsberger gerichtliche Mediziner Puppe verfaßt hat, schildert in der Einleitung die ärztliche Sachverständigentätigkeit nach deutschem und nach österreichischem Recht, gibt dann eine kurzgefaßte, gerichtsärztliche Technik, beschäftigt sich weiterhin unter Beigabe vieler anschaulicher Tafeln und Textillustrationen mit den Körperverletzungen, dem gewaltsamen Tod, den geschlechtlichen Verhältnissen, befaßt sich mit Fragen der sozialen Gesetzgebung und schließt im letzten Kapitel (S. 622 bis 680) mit der Erörterung der Zurechnungsfähigkeit, Geschäftsfähigkeit, Entmündigung, Testierfähigkeit, des Eherechts der Geisteskranken und der Haftpflicht der Geisteskranken.

Mit Recht hebt Puppe hervor, daß die gerichtliche Medizin eine Disziplin ist, bei der gute Abbildungen in einem Lehrbuch von großem didaktischem Wert sind. An solchen Abbildungen fehlt es dem Buche des Verfassers nicht und es will mir scheinen, daß sie gut und instruktiv sind. Gaupp.

Carl Pelmann: Psychische Grenzzustände. Bonn, Fr. Cohen. 1909. 6 M.

Viele Jahre lang hat Carl Pelmann in Bonn vor einem sehr großen Zuhörerkreis eine öffentliche gemeinverständliche Vorlesung über die seelischen Grenzzustände gehalten. Er hat diese Vorträge, von denen einzelne schon an anderer Stelle (Deutsche Revue) erschienen sind, im vorliegenden Buche gesammelt herausgegeben. Wohl kaum ein anderer unter den deutschen Psychiatern dürfte in gleichem Maße befähigt sein, die hier erörterten Fragen einem nichtfachmännischen Publikum klar vorzutragen. Seine große Lebenserfahrung, seine vielseitige Bildung, namentlich auch auf literarischem und historischem Gebiete, seine philosophische Art, Menschen und Dinge zu betrachten, und sein trefflicher Humor machen Pelmann zum lebensvollen und anregenden Schilderer der großen Menschengruppen, die auf der Grenze zwischen gesund und krank stehen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die man außerhalb der Irrenanstalten suchen muß, und die früher und heute im öffentlichen Leben eine bedeutende, ja nicht selten eine verhängnisvolle Rolle gespielt haben bzw. spielen. Welche Probleme Pelmann erörtert, geht aus der Überschrift der einzelnen Kapitel hervor: Der Verbrecher. Der Verbrecher der Masse. Selbstmord. Königsmörder. Cäsarenwahnsinn. Sexuelle Abnormitäten. Trinker. Lumpen, Bummler, Vagabunden. Lügner. Querulanten. Affekte und Leidenschaften, Geiz und Eifersucht. Sonderlinge und Narren. Zwangsvorstellungen. Hypnotismus. Das Genie. Sinnestäuschungen. Die Jungfrau von Orleans. Mystik und Ekstase. Franz von Assisi. Seher und Propheten. Swedenborg. Hexen und Besessene. Psychische Volkskrankheiten.

Der Psychiater wird alle diese Kapitel mit lebhaftem Interesse lesen und seine historischen Kenntnisse dabei erweitern; der Laie wird, woran es heute noch so sehr fehlt, Verständnis für die Betrachtungsweise des Arztes in der Beurteilung auffälliger historischer Personen und Ereignisse gewinnen. Das Buch möge daher recht viel gelesen werden. Gaupp.

J. Breuer und S. Freud: Studien über Hysterie. 2. Aufl. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1909. 7 M.

Unveränderter Abdruck des im Jahre 1895 erschienenen Buches der bekannten Wiener Neurologen. Freud ist seither in manchen Punkten zu etwas anderen Ansichten gekommen, als er sie damals entwickelt hat. Trotzdem stimmte er der unveränderten Neuauflage des Buches zu. Es ist auch nicht ohne Interesse, den Freud von 1895 mit dem Freud von 1908 zu vergleichen. Seine begeisterten Anhänger werden in allem nur einen Fortschritt erblicken, skeptischere Neurologen werden den älteren Arbeiten mehr zustimmen, als den zuletzt geäußerten Lehren. Gaupp.

A. Hoche: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. 2. Aufl. Berlin 1909, A. Hirschwald.

Die erste Auflage des trefflichen Handbuches ist in diesem Zentralblatt (1902, S. 122ff.) ausführlich besprochen worden. Die neue Auflage ist in ihrem wesentlichen Inhalt gleich geblieben. Im einzelnen finden sich manche Änderungen. Die traumatischen Neurosen bespricht Wollenberg im 2. Teil als Anhang zu den Neurosen Hysterie und Neurasthenie, die Gefängnispsychosen als Anhang im Kapitel Dementia praecox. Im zivilrechtlichen Abschnitt des allgemeinen Teiles hat Schultze einen Wunsch, der auch von mir hier ausgesprochen worden war, erfüllt: er hat die rein juristischen Darlegungen erheblich gekürzt.

Das Format des Buches, das in der ersten Auflage etwas unhandlich und ungewöhnlich war, ist nunmehr etwas „normaler“ geworden. So wird es in seiner modernisierten Gestalt wie bisher seine Stellung als bestes deutsches Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie beibehalten. Gaupp.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Referate und Kritiken.

Psychiatrie.

Ricksher: A comparative statistical study of general paralysis.
(Amer. Journ. of Insanity, Bd. 64, Nr. 2.)

Verf. bearbeitet in dieser Statistik das Krankenmaterial des Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Baltimore, und zwar von dessen Eröffnung im Dezember 1891 bis zum September 1907. Von den Ergebnissen der Statistik seien hier nur die wichtigsten wiedergegeben: Die Anzahl sämtlicher Aufnahmen betrug 1623, davon waren 108 Paralytiker, also 6,62 %. Männer und Frauen waren im Verhältnis 20,0 : 1 vertreten. Am häufigsten begann die Paralyse im Alter von 40—50 Jahren; vor dem 25. und nach dem 55. war sie selten. Die Dauer der Erkrankung variierte von 1—18 Jahren, betrug im Durchschnitt $2^1/_2$ Jahre. In bezug auf die Nationalität konnte eine von verschiedenen Autoren behauptete stärkere prozentuale Beteiligung der Juden nicht erwiesen werden. In der Ätiologie spielte Heridität an sich allein keine Rolle, wohl aber in Verbindung mit anderen Schädlichkeiten. Hauptsächlich kam ätiologisch die Lues in Betracht zusammen mit Alkoholismus, sexuellen Exzessen und geistiger Überanstrengung als auslösenden Ursachen. Nachweisbar luetisch infiziert waren 53,62 %. Zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse lagen in den einzelnen Fällen 6—30 Jahre, im Durchschnitt 12,2 Jahre. Kölpin.

Vedrani: Documenti per la patologia della frenosi maniaco-depression.
(Giorn. di Psich. clin. e tecn. manic., Bd. XXXV, Nr. 3.)

Fünf Krankengeschichten Manisch-Depressiver mit außergewöhnlich langer Zwischenzeit zwischen zwei Anfällen, einmal 42 Jahre! Bei einem dieser Fälle war die Diagnose „Paranoia acuta" gestellt, und dies gibt Verf. den Anlaß, sich gegen die Aufstellung einer solchen Krankheitsform auszusprechen. Dabei nimmt er Gelegenheit, denjenigen seiner Landsleute, die allzu chauvinistisch von den Verdiensten der Italiener um die Psychiatrie redeten, die Leviten zu lesen. Sie müßten bedenken, daß das Gute wie das Schlechte auf diesem Gebiet aus dem Auslande stamme. So die progressive Paralyse, das zirkuläre Irresein, die Amentia, die Paranoia, die Hebephrenie, die Katatonie, das epileptische Äquivalent. Als etwas von dem Schlechten nennt er die Gegenüberstellung von Affekt und Intelligenz, woraus sich dann der Fehler herleite, zirkuläres Irresein mit Paranoia zu verwechseln. Wolff (Katzenelnbogen).

Martini (Arezzo): La frenosi maniaco-depressiva all' osservazione clinica dell' Esquirol.
(Giorn. di psichiatr. clin. e tecnica monicom, Bd. XXXV, Nr. 3.)

Eine historisch-kritische Studie mit dem Zweck, zu suchen, ob Esquirol solche Fälle als Manie und Melancholie beschreibt, bei denen man heute die Diagnose „man.-depr. Irresein" stellen würde. Aus den Krankengeschichten Esquirol's werden 10 aufgeführt, und Verf. spricht die Ansicht aus, daß er diese Zahl leicht hätte vermehren können. Die nahen Beziehungen zwischen Manie und Melancholie entgingen Esquirol nicht, er spricht sich z. B. dahin aus, daß letztere die Vorläuferin der ersteren sei, daß öfter die eine sich in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die andere verwandelt, daß die Prognose der Manie im allgemeinen günstig sei. Die Symptome beider Krankheiten werden sehr genau beschrieben, aber sie werden nicht richtig auf die gleichen Elementarstörungen zurückgeführt. Verf. betrachtet die Ansicht Rogues' de Fursac in dessen letztem Lehrbuch als die richtige, wonach als fundamentale Symptome der manischen, der depressiven und der gemischten Zustände anzusehen seien: Schwäche der Aufmerksamkeit, Verlangsamung der Ideenassoziation, Unvollkommenheit der Auffassung, pathologische Indifferenz. Für die Manie ist dies auch nach Esquirol der Fall, doch nicht für die Melancholie, bezüglich deren er sich, wie auch andere, durch den äußerlichen Schein trügen ließ. Er meinte, sie unterscheide sich durch das partielle Delir, durch die zirkumskripte Störung. Die modernen Kriterien aber zeigen, daß die Melancholie dies nicht ist, die Zeit der Monomanien ist vorbei, und auch die Paranoia, die heute noch quasi als trauriger Überrest der intellektuellen Monomanie Esquirol's in den Lehrbüchern fortlebt, wird bald in die historischen Archive verbannt sein. Wolff (Katzenelnbogen).

Swift: The prognosis of recurrent insanity of the manic-depressive type.

(Amer. Journ. of. Insanity, Bd. 64, Nr. 2.)

Die Untersuchungen des Verf. erstrecken sich auf 105 Fälle von manisch-depressivem Irresein. Es fanden sich: nur Depressionen in 31 Fällen; nur manische Zustände in 30 Fällen; ein wenigstens zeitweise zirkulärer Verlauf in 36 Fällen; manische und depressive Zustände, aber ohne zirkulären Verlauf, in 6 und schließlich Mischzustände in 2 Fällen.

Bezüglich der Prognose kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Unter gleichen Umständen ist die Prognose der depressiven Zustände im allgemeinen besser wie die der manischen. Die Intervalle nach Depressionen sind in der Regel lang, nach Manien dagegen nur kurz. Manische Anfälle nach dem 40. und depressive Anfälle nach dem 50. Jahr kehren gewöhnlich in kurzen Intervallen wieder; dabei ist es ohne Belang, ob der Kranke schon in früheren Jahren einen Anfall überstanden hat. Bei Fällen mit langen Intervallen ist das zweite Intervall gewöhnlich kürzer wie das erste; bei solchen mit kurzen Intervallen neigen diese zu annähernd gleicher Dauer; und zwar gilt das sowohl von den manischen wie von den depressiven Zuständen. Der zweite Anfall dauert gewöhnlich länger wie der erste; besonders zeigen die Depressionen diese Tendenz. Die Prognose wird verschlechtert durch vorgerücktes Alter, neuropathische Belastung, nahe Beziehungen der Anfälle zu menstruellen Störungen, atypische und irreguläre Züge im Krankheitsbild, wahrscheinlich auch durch vorausgegangene alkoholische Exzesse und Kopfverletzungen. Eine gute Prognose ist anzunehmen bei vorher normalem Verhalten und dann, wenn emotionelle Chocs die auslösende Ursache gewesen sind. Unter Berücksichtigung dieser Momente, meint Verf., dürfte man in der Lage sein — Ausnahmen gibt es natürlich überall — eine einigermaßen richtige Prognose der Erkrankung zu stellen. Kölpin.

Kölpin: Über Dementia praecox, insbesondere die paranoide Form derselben.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXV, Nr. 1.)

Verf. hat 100 selbstbeobachtete Fälle von Dementia praecox bei weiblichen Kranken auf ihr klinisches Verhalten hin analysiert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Einteilung in die 3 Formen Kraepelin's ist häufig schwierig. Übergänge kommen zwischen der hebephrenischen und katatonischen, dann zwischen der hebephrenischen und paranoiden Form vor. Es entfielen auf die hebephrene 31, die katatone 30 und die paranoide 39 Fälle. — Die erbliche Belastung, insgesamt 50 % (nur Geisteskrankheit und Trunksucht sind berücksichtigt), war am stärksten bei der katatonen 61,9 %; es folgt die hebephrene mit 45,2 und die paranoide mit 43,6 %. — Auslösende Ursachen, bei 33 Fällen aufgeführt, waren insbesondere psychischer Choc, dann Partus, letzterer besonders bei der katatonen Form. — Das Erkrankungsalter liegt am frühesten bei den hebephrenen (10—15 Jahre). Die Erkrankungskurve steigt rasch an, hält sich im 3. Jahrzehnt auf der Höhe und sinkt wieder rasch ab. Für die katatone Form liegt ihr Anfang ein Jahrfünft später, sie steigt plötzlich in der ersten Hälfte des 3. Jahrzehnts zur Höhe und fällt ebenso steil ab. Die paranoide beginnt etwa zur gleichen Zeit, nimmt aber langsam zu, die Höhe wird hier erst in der 2. Hälfte des 4. Jahrzehnts erreicht; die Erkrankungen reichen bis ins 6. Jahrzehnt hinein; der Einfluß des Klimakteruiums ist hier deutlich. Das Durchschnittsalter des Beginns ist bei den einzelnen Formen 25,4, 27,1 und 37,1 Jahre.

Die hebephrenischen Formen entwickeln sich allmählich. Wahnideen und Sinnestäuschungen spielen, abgesehen von einzelnen Fällen, keine erhebliche Rolle. Sie verlaufen kontinuierlich, es kommt gewöhnlich zu höheren Graden des Schwachsinns in der bekannten Form. Die einfache Verblödung, Dementia simplex, war relativ häufig. — Die katatonische Form beginnt akut oder subakut, meist depressiv, neigt zu Remissionen, auch hier spielen Wahnideen keine Rolle, dagegen Halluzinationen. Der Ausgang ähnelt dem der hebephrenischen, war aber in einem großen Teil katatonischer Stupor. — Die paranoiden beginnen chronisch. Häufig langdauerndes Prodromalstadium. Beziehungswahn, Sinnestäuschungen, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen treten bald hervor. Die Hälfte war anfangs depressiv, aber ohne Versündigungsideen. Die Wahnideen bei der Hälfte solche der körperlichen Beeinflussung, in drei Fünftel traten später Größenideen hinzu. Remissionen kamen selten vor.

Der Ausgang ließ nun 3 Typen erkennen, einmal die sogenannte phantastische Verrücktheit: immer ausgedehntere abenteuerliche Wahnideen bei erhaltener Besonnenheit und Affekterregbarkeit, ohne schweren Intelligenzdefekt. Oder Stillstand bei denselben dürftigen Wahnideen; Halluzinationen halten an, die Kranken sind mißmutig, reizbar, abweisend; auch hier kein erheblicher Intelligenzdefekt, aber später gemütliche Abstumpfung. Dies ist der häufigste Ausgang. Bei der 3. Form sind die Wahnideen notdürftig systematisiert, ganz konfus und zerfahren, wechselvoll und phantastisch. Bald unverkennbarer Schwachsinn und gemütliche Stumpfheit, die Affekterregbarkeit nimmt ab. Häufig sprachliche Verworrenheit, Wortsalat. Die hebephrenische und katatonische Form fand Verf. also ganz den Aufstellungen Kraepelin's entsprechend, nur hat er keinen Fall zur Heilung kommen sehen. Wo eine solche doch eintrat, glaubt er, daß es sich wohl um sehr ähnliche, aber doch nicht identische Krankheitsbilder gehandelt habe.

Strittig ist, wie weit die paranoiden Formen zur Dementia praecox gehören. Kraepelin unterscheidet 2 Gruppen, die eine mit wechselnder, zerfahrener Wahnbildung und geistiger Schwäche, Ausgang in schwachsinnige Verwirrt-

Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

heit würde sich etwa mit der 3. Form des Verf. decken; solche Bilder werden von den meisten Autoren unbedenklich zur Dementia praecox gezählt. Anders die andere Gruppe, abenteuerliche, aber zusammenhängende Wahnideen, viel Sinnestäuschungen, schließlich auch Ausgang in psychische Schwäche; ihr würden etwa die 2 ersten Formen der Zusammenstellung K.'s entsprechen. Sie wird von anderen Autoren zumeist zur Paranoia gerechnet. Sieht man aber zu, was diese Formen einerseits mit dieser, andererseits mit der Dementia praecox gemein haben, so zeigt sich, daß geistige Schwäche wohl eintritt, aber erst sehr spät, daß sie nicht ein hervorstechendes Moment ist. Einengung und gemütliche Abstumpfung sind schließlich jeder Demenz eigen, und bei allen Krankheiten kann es zur Demenz kommen. Die eigentlichen katatonischen Zeichen endlich, Manieren, Wortspielereien und Neubildungen, gehören wohl der ersten Form an, aber nicht dieser, hier sind vielmehr die motorischen Erscheinungen psychologisch motiviert, nicht selbständig. Von der Paranoia wiederum, die Verf. in der Fassung Kraepelin's annimmt, unterscheiden sich diese Formen durch die Abenteuerlichkeit und Phantastik, durch das Hervortreten der Sinnestäuschungen und daß der Ausgang ein zweifelloser Defektzustand ist, gemeinsam ist aber die ganze Entwicklung, die Bildung der Wahnideen aus dem Beachtungswahn heraus und das Festhalten einer leitenden, fortwirkenden Grundidee.

Diese Form ist also durch Besonderheiten so charakterisiert, daß es berechtigt ist, sie als eigene Form abzutrennen.

Verf. möchte also nur die erste Form Kraepelin's, seine dritte, zur Dementia praecox rechnen, die anderen aber als Dementia paranoides bezeichnen und sie auch von der Paranoia trennen, die er nur für die von Kraepelin umgrenzten Fälle reserviert wissen will.

Die Bezeichnung praecox übrigens scheint ihm auch unzutreffend, er schlägt, da das von Groß gewählte „sejunctiva" zu Irrtümern Anlaß geben könnte, „Dementia dissociativa" vor.

Bei der großen symptomatologischen Verschiedenheit der Fälle und der verschiedenen Verlaufsweise ist die vorgeschlagene Sonderung sicherlich berechtigt und von großem Vorteil, selbst wenn Verlaufsformen derselben Krankheit in allen 3 Gruppen stecken sollten. Einmal wird die Fassung der Dementia praecox dadurch entschieden schärfer und diese wohl einwandsfrei als einheitliches Krankheitsbild umgrenzt. Nimmt man andererseits alle jene paranoiden Fälle, welche jetzt nur mit Zwang und doch nicht restlos in den Rahmen der Dementia praecox eingepreßt werden konnten, als besondere Form heraus, so wird diese „Dementia paranoides" allerdings symptomatologisch noch sehr mannigfaltige und auch ätiologisch verschiedene Psychosen umfassen, aber eine weitere Sonderung eigenartiger oder verschiedener Verlaufsformen derselben Psychose wird durch die vorläufige Abtrennung sicherlich begünstigt.

Chotzen.

R. Heilbronner: Zur Psychopathologie der Melancholie.

(Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. XXII, H. 1.)

In der kurzen Arbeit bringt Verf. eine solche Fülle von Gedanken und Anregungen, daß es schwer wird, den Inhalt in einem Referate zusammenzufassen. Der Kern der Arbeit liegt in der Schilderung eines Falles von Melancholie ohne motorische Hemmung mit „somatopsychischen" Symptomen. Dieselben bestanden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im wesentlichen darin, daß der Kranken alles verändert, und zwar „kleiner" erschien. Verf. setzt den Fall in Parallele mit der von Juliusburger beschriebenen Pseudomelancholie und ist der Meinung, daß sich diese Symptome auf eine psychische Hemmung zurückführen lassen, wie sie dem Krankheitsbilde der Melancholie eigen ist. Die Pseudomelancholie lehnt Verf. ab. Er betont außerdem mit Recht, daß die beschriebenen Symptome gar nicht selten bei Zuständen von Ratlosigkeit vorkommen, die Verf. im Verlaufe asthenischer Verwirrtheitszustände beobachten konnte. In den psychopathologischen Erklärungsversuchen geht Verf. auf die Wernicke'sche Anschauungsweise ein. — Von praktischer Wichtigkeit erscheint, daß Verf. solchen Fällen eine größere Neigung zu Rezidiven zuschreibt, und daß er darauf aufmerksam macht, wie häufig die leichten Depressionszustände einfach eine Verschlimmerung des depressiven Habitualzustandes vorstellen, ähnlich wie geschlossene Manien auf der Basis einer konstitutionellen Erregung entstehen können. O. Rehm.

Trespe: Ein Fall von Dementia posttraumatica mit ungewöhnlichen Begleiterscheinungen.

(Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 13, S. 675 ff.)

Die ungewöhnlichen Begleiterscheinungen bestanden in einem isolierten Defekt des Lesens und Schreibens. Nur allmähliche, sehr geringe Rückbildung.
Wickel (Obrawalde).

Volpi Ghirardini, Gino (Udine): Sopra un caso di psicosi coreica nell' età presenile con esito in guarigione.

(Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale, Jahrg. XXXV, H. 4, 1907.)

Bei einer 57jährigen Frau stellten sich choreatische Bewegungen, Sprach- und Schluckbeschwerden ein. Etwas später gesellten sich psychische Störungen hinzu. Die Patientin war zeitlich desorientiert, verwechselte Personen, hatte Gesichtstäuschungen von illusionärem Charakter, sprach zeitweise verworren und befand sich in gleichgültiger oder euphorischer Stimmung. Nach ungefähr 3 Monaten nahmen die motorischen Störungen ab, um schließlich ganz zu verschwinden. Mit ihnen verloren sich auch die psychischen Symptome wieder.
Abraham.

Mills and Allen: Two cases of polyneuritic psychosis with necropsies and mikroscopical findings.

(Amer. Journ. of Insanity, Bd. 64, Nr. 2.)

Mitteilung zweier Fälle von Korsakow'scher Psychose mit Polyneuritis (auf alkoholischer Basis). Die mikroskopische Untersuchung ergab degenerative Veränderungen des gesamten peripheren Neurons, insbesondere auch der Vorderhornzellen. In beiden Fällen fanden sich außerdem an vereinzelten Stellen Entzündungserscheinungen in Form von Rundzelleninfiltration; im ersten Fall ließen sich als unmittelbare Ursache derselben Kokken nachweisen (hier bestand u. a. Lungentuberkulose). Kölpin.

Hutchinson: Arteriosclerosis of the central nervous system, with a report of three cases.

(Univ. of Penna. Med. Bullet., Dez. 1907.)

Der Autor berichtet über 3 Fälle von Arteriosklerose, die klinisch das Bild einer Demenz mit Lähmungserscheinungen boten. Mikroskopisch fand sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pin bezw. das wahrscheinlich in statu nascendi und spurenweise abgespaltene freie Haloid **nach und nach** in die Blutbahn; es läßt sich deshalb weit länger im Harn nachweisen, als nach der Zufuhr von Bromalkalien. In diesem erscheint der weitaus größte Bromanteil des Bromipins in anorganischer und nur ein ganz geringer Teil in organischer Form.

Diese verzögerte Ausscheidung erklärt einerseits die **gleichmäßigere** und **nachhaltigere Wirkung** des Bromipins, andrerseits das Fehlen von Reizwirkungen auf den Darm. Unangenehme Nebenerscheinungen werden daher nach Bromipingebrauch **niemals** wahrgenommen. Dagegen werden Symptome von Bromismus, besonders Affektionen der Haut, wie sie der Genuß von Bromsalzen häufig hervorruft, durch Bromipin sehr günstig beeinflußt und meist bald zur Heilung gebracht.

Das Bromipin erfüllt mithin die beiden ersten Forderungen, die kürzlich von ***E. Bürgi*** für die Verwendung organischer Brompräparate aufgestellt wurden:

1. Die unangenehmen Nebenwirkungen des Broms auf Magen und Darm sollen vermieden werden, ohne daß die sedativen Bromeigenschaften auf das Zentralnervensystem wegfallen oder vermindert werden.
2. Das Brom soll in einer Verbindung in den Organismus eingeführt werden, die im Körper deponiert wird und dann langsam Brom abspaltet.

Von vielen Autoren wird ferner betont, daß das Bromipin im Gegensatz zu anderen Brompräparaten eine **Besserung des Appetits** und **des Allgemeinbefindens,** sowie dank dem Nährwert des Sesamöls eine **Hebung des Ernährungszustandes** bewirke.

Abgesehen davon, daß dem Bromipin die vielfach ungünstigen Wirkungen der Alkalikomponente fehlen, wird ihm auch größere Aktivität als den Bromalkalien zugeschrieben, d. h. bei Bromipinanwendung wird der gewünschte therapeutische Effekt mit geringeren Bromdosen erreicht, als sie beim Gebrauche der Bromide erforderlich sind.

des Mittels gegen **Neurasthenie** direkt seiner **appetitanregenden Wirkung** zu, die zunächst ein vermehrtes Hungergefühl und hierdurch eine größere Nahrungszufuhr bewirke. Diese aber bedinge eine allgemeine Kräftigung des Gesamtorganismus und eine größere Widerstandsfähigkeit des Nervensystems, die den Weg zur psychischen Besserung anzubahnen vermögen.

Bromipin bei Epilepsie.

Das Bromipin ist von ärztlicher Seite wiederholt als **wertvolles Antiepileptikum** anerkannt worden. ***Eulenburg*** bezeichnet es als **»in hohem Maße für die Epilepsiebehandlung geeignet«** und als **»schätzbaren Ersatz für die Bromalkalien«,** denen es bei entsprechender Anwendung mindestens an Wirkung gleichkomme. Er erreichte u. a. in einem Falle, in dem seit 16 Jahren häufige berufsstörende Anfälle auftraten, gänzliches Aussetzen der Anfälle, besseres und gekräftigtes Allgemeinbefinden und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Patienten. Der Erfolg dauerte zur Zeit der Veröffentlichung des Autors bereits seit mehr als Jahresfrist an.

Erfahrungen an größerem Krankenmaterial liegen aus verschiedenen Kliniken und Heilanstalten vor. Hiernach war in allen, auch in schweren Fällen von Epilepsie eine günstige Beeinflussung durch das Bromipin unverkennbar. Meist vermochte es die Krampfanfälle sicher und für längere Zeit zu beseitigen, oder dieselben gingen doch an Zahl und Intensität wesentlich zurück. Eine sehr vorteilhafte Wirkung hatte das Mittel auf das **psychische Verhalten** der Kranken. Dieselben wurden ruhiger, zugänglicher und geistig freier. Bei **hysterischer, traumatischer** und **chronischer Epilepsie,** ferner bei **Idiotismus** mit chronischer Epilepsie und bei **epileptischer Demenz** waren ebenfalls sehr gute Resultate zu verzeichnen.

Die Bedeutung des Bromipins für die Epilepsiebehandlung beruht darin, daß es langfristige Bromkuren durchzuführen gestattet, ohne Intoxikationserscheinungen befürchten zu lassen. ***Bökelmann*** prüfte das Präparat speziell in Fällen, in denen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

2. Bass, A., Ein Beitrag zur Anwendung des Bromipins, Allgemeine Wiener Medicinische Zeitung, 1900, Nr. 41.
3. Baucke, E., Bromipin, Psych.-Neurolog. Wochenschr., 1902, IV. Jahrg., Nr. 5.
4. Bodoni, Das Bromipin in der Behandlung der Epilepsie, Riv. di pat. nerv. e ment., Fasc. IX, 1899.
5. Bökelmann, Ueber die Wirkung des Bromipins bei den durch Brom erzeugten Hautaffektionen Epileptischer, Aerztl. Rundschau, 1905, Nr. 27.
6. Bürgi, E., Pharmakologie des Broms und seiner Verbindungen, Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte, 1908, Nr. 21.
7. Clarke, L. P., The modern Treatment of Epilepsy, Med. Record LIX, Nr. 2.. Referat in Merck's Archives 1901, Juni.
8. Cramer, Versuche mit dem Bromipin bei Epileptikern, Neurol. Centralblatt, 1899, Nr. 11 — und Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 56.
9. Dawson, W. R., Notes on the Year's Work at Farnham House, The Dublin Journal of Med. Science, 1901, Juli.
10. De Moor, L., Contribution à l'étude de l'action thérapeutique de la bromipine, Bull. de la Société de Médecine mentale de Belgique, 1903, Nr. 113.
11. Donath, Julius, Therapeutische Beilagen und Bestrebungen auf dem Gebiete der Epilepsie, Psychiatrische Wochenschrift, 1900, Nr. 8, 9 u. 10.
12. Dornblüth, Otto, Ueber Bromipin Merck, Aerztliche Monatsschrift, 1899, Heft 5.
13. Eulenburg, A., Ueber einige neuere Methaden der Epilepsie-Behandlung, Therap. d. Gegenw. 1906, Nov.
14. Fleisch, Julius, Die Therapie der Epilepsie, Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1900, Nr. 18.
15. Freiberg, Otto, Ueber Bromipin Merck, Medico, 1901, Nr. 44.
16. Frensdorf, Zwei neue Heilmittel, Bromipin und Jodipin, Der praktische Arzt, 1900, Nr. 5.
17. Frieler, J. W., Die Wirkung und der arzneiliche Wert des Bromipin, Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1900, Nr. 21.
18. Gareis, Die Bromipinanwendung bei idiopathischer Epilepsie, Münchener med. Wochenschrift, 1903, Nr. 16.
19. Geßler, Hermann, Zur therapeutischen Wirkung des Bromipins, Württemb. Medicinisches Correspondenzblatt, 1898, Nr. 46.
20. Hesse, Ludwig, Ueber Bromipin und seine therapeutische Bedeutung, Allgem. Medicin. Central-Zeitung, 1900, Nr. 21.
21. Hirschkron, Hans, Die Therapie der Nervenkrankheiten, Wien, 1900.
22. Hirschkron, J., Ueber Bromipin, Allgem. Wien. med. Zeitung, 1904, Nr. 45.
23. Königschmied. E., Ueber die Anwendung und Wirkung des Bromipins, Aerztl. Rundschau, 1903, Nr. 6.
Nr. 39.
26. Kothe, Zur Behandlung der Epilepsie, Neurolog. Centralblatt, 1900, Nr. 6.
27. Laudenheimer, Rudolf, Ueber einige neuere Arzneimittel und Methoden zur Epilepsiebehandlung, Therapie der Gegenwart, Juli 1900.
28. Laudenheimer, Rudolf, Ueber den Chlor- und Bromsalzstoffwechsel der Epileptiker, Monatsschr. für Psychiatrie und Neurologie, 1901, X, 3.
29. Leubuscher, G., Beiträge zur Kenntnis und Behandlung der Epilepsie, Monatsschr. für Psychiatrie und Neurologie, 1899. Bd. V, Heft 5.
30. Levi, R., Zur Behandlung der Epilepsie mit Bromipin, Aerztl. Rundschau, 1904. Nr. 16.
31. Lorenz, Wilhelm, Zur Behandlung der Epilepsie mit Bromipin, Wiener klinische Wochenschrift, 1900, Nr. 44.
32. Losio, S., Bromipina e Jodipina, Gazzetta medica delle Marche, 1899, Nr. 1 und 2.
33. Losio, S., Beitrag zur Verwendung des Bromipins bei Epilepsie, Deut. Med.-Zeitg, 1908. Nr. 2.
34. Moller, J., Therapeutische Mitteilungen über drei neuere Arzneimittel: Jodipin, Bromipin und Wasserstoffsuperoxyd »Merck«, Klin.-therap. Wochenschrift, 1908, Nr 14.
35. Neumunz, J. G., Zur Brombehandlung der Neurasthenie, Klinisch.-therapeut. Wochenschrift, 1908, Nr. 14.
36. Paris, VII. Rapport annuel de la Direction de l'Hospice Cantonal de Perreux, p. 17.
37. Rahn, A., Ueber Bromipinkiystiere besonders in der Kinderpraxis. Therap. d. Gegenw., 1903, Nr. 1.
38. Schulze, F., Einige Versuche über die Wirksamkeit des Bromipins bei Epilepsie, Inauguraldissertation, Göttingen 1899.
39. Spratling, Bromipin in epilepsy, Therap. Gazette, XXVII, Nr. 6.
40. Thumen, E., Ueber Bromipin, Deutsche Medizinal-Zeitung, 1904, Nr. 21.
41. Verhoogen, René, Sur le traitement de l'Epilépsie, Journal médical de Bruxelles, 1900, Nr. 45.
42. Walling, A., Kurze Mitteilungen über Bromipin, Medico, 1902, Nr. 12.
43. Wolff, Johann, Einige Erfahrungen über Bromipin, Allgemeine Medicinische Central-Zeitung, 1901, Nr. 35.
44. Wulff, Die Wirkung des Bromipin, zugleich ein Beitrag in Bezug auf die Seekrankheit, Aerztliche Monatsschrift, 1899, Heft 11.
45. Zimmermann, Ueber die Anwendung eines neuen Brompräparates Bromipin, Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Band 56, — Neurolog. Centralblatt, 1899, Nr. 11.

Darmstadt, im Dezember 1908.

E. Merck. Chemische Fabrik.

287
12 120 08

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272886
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch Bromsalze sehr ausgedehnte Hauteruptionen verursacht waren. Diese verschwanden verhältnismäßig rasch und vollständig, während die antispasmotische Wirkung des Bromipins derjenigen der Bromalkalien ebenbürtig, manchmal sogar überlegen war.

Es wird empfohlen, das Bromipin bei epileptischen Erkrankungen in ziemlich **hohen** Dosen zu geben. Im **status epilepticus** soll sich die rektale Verabreichung als die beste Anwendungsform erweisen.

Bromipin bei anderen Krankheiten.

Der sedative Effekt des Bromipins wurde auch bei zahlreichen anderen Leiden mit Erfolg erprobt. Es bewährte sich u. a. bei **Ischialgie, Trigeminusneuralgie** und **Interkostalneuralgie.** Fälle von **Melancholie** und **Melancholia climacterica** wurden durch Bromipin-Medikation der völligen Genesung zugeführt. Auch bei **Platzangst (Agoraphobie)** waren sehr günstige Resultate zu verzeichnen. Bei **manischen Erregungszuständen,** sowie bei **nächtlichen Wahnvorstellungen** mit teilweiser Aufhebung des Bewußtseins konnte gänzliches Aufhören der Anfälle erzielt werden. Ebenso ergab die Anwendung des Präparates bei **Chorea** und **choreaähnlichen Convulsionen** der Kinder baldige Besserung.

In der **Kinderpraxis** haben sich **Bromipin-Klystiere** als wertvolles Beruhigungsmittel bei den verschiedensten Krampfzuständen erwiesen, so bei **Eklampsie der Kinder,** namentlich infolge von Darm- und Verdauungsstörungen, ferner bei **Atrophie** der Säuglinge und bei **Keuchhusten** im stadium convulsivum. Die Wirkung war meist schon nach 10 Minuten sichtbar.

Das Bromipin hat sich weiterhin gegen die quälenden **nächtlichen Erektionen der Gonorrhoiker** wirksam erwiesen.

Sodann verdienen die mit dem Präparat bei **Seekrankheit** angestellten Versuche Erwähnung. **Prophylaktische** Gaben, mehrmals am Tage vor der Abreise, waren bei Personen, die sonst bei jeder Reise erkrankten, von dem gewünschten Erfolge begleitet. **Therapeutisch** wurden auch bei intensiver Erkrankung durch anfangs öftere, später seltenere Darreichung von Bromipin sehr günstige Ergebnisse erzielt. Stärkere gastrische Symptome wurden eventl. zuvor durch kleine Atropindosen beseitigt.

Dosierung des Bromipins.

Bei **nervösen Zuständen** gibt man gewöhnlich 3 mal täglich 1—2 Teelöffel oder täglich 1—2 Eßlöffel voll 10%. Bromipin. Kinder nehmen je nach dem Alter ½—2 Teelöffel voll pro Tag. Gegen **Schlaflosigkeit** der Neuraltheniker und **nächtliche Erregungszustände** wird empfohlen, abends vor dem Schlafengehen 1—2 Kaffeelöffel voll 10%. Bromipin oder auch mittags von 4 Uhr ab 2stündlich 1 Kaffeelöffel voll nehmen zu lassen.

Empfindliche Personen nehmen die ölige Flüssigkeit leichter in warmer Milch verrührt, eventl. verordnet man entsprechende Dosen in Form der elastischen Gelatine-Kapseln oder der Tabletten aus Bromipin solid. saccharat.

Epileptische Erkrankungen erfordern größere Tagesdosen, und zwar 3—4 Eßlöffel, bei Kindern 2—4 Teelöffel voll des 10%. Präparates. Einzelne Autoren empfehlen geringere, allmählich steigende Gaben. Soll das Bromipin **rektal** verabreicht werden, so wählt man für erwachsene Patienten das 33⅓%. Präparat. In der Regel genügen abendliche Injektionen von 15, steigend auf 30—40 g, in Intervallen von 4—5 Tagen. Kindern unter 1 Jahr gibt man per Klysma soviel Gramm, als sie Monate alt sind, Kindern über 1 Jahr 12—15 g, 10%. Bromipin, über 4 Jahre 15—20 g, älteren Kindern 25—30 g in Leinsamentee oder in warmer Milch verrührt.

Literatur über Bromipin.

1. Ajello, S., La medicazione bromurata nelle neuro-psicosi etc., Gazz. Med. Siciliana. Anno IX.

24. Königschmied, E., Weitere Beiträge über die Anwendung und Wirkung des Bromipins, Allgem. Wien. med. Zeitg., 1903, Nr. 36.

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Digitized by Google

Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272886
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

E. Merck, Darmstadt
Wissenschaftliche Abteilung.

Bromipin

Das **Bromipin** ist die von ***E. Winternitz*** in den Arzneischatz eingeführte chemische Verbindung des Broms mit Sesamöl. Es wird als

10%iges Bromipin, mit 10% Brom und als
33⅓%iges Bromipin, mit 33⅓% Brom

in Handel gebracht. Das 10%ige Präparat ist eine hellgelbe, das 33⅓%ige eine hellbraune, ölige Flüssigkeit. Von dem ersteren repräsentieren 6,7 g, von dem letzteren 2 g den gleichen Bromwert, wie 1 g Bromkalium. Beide Formen werden auch in **elastischen Gelatinekapseln** zu 1 und 2 g Inhalt abgegeben. Außerdem führe ich wohlschmeckende **Tabletten** aus **Bromipin solidum saccharatum,** die je 1,2 g 33⅓%. Bromipin enthalten, entsprechend 0,4 g Brom oder 0,6 g Bromkalium.

Physiologisches u. pharmakologisches Verhalten.

Das Bromipin wird bei **interner** Darreichung vom Magen kaum angegriffen. Die Resorption erfolgt nahezu vollständig im Darm. Unter dem Einflusse des alkalischen Darmsaftes werden höchstens minimale Brommengen abgespalten, die eine Belästigung des Darmes ausschließen. Im Körper fällt das Bromipin teilweise der Oxydation anheim, teilweise wird es zunächst un-

Die **rektale Applikation** des Bromipins erweist sich der internen Verwendung gleichwertig. Die Resorption erfolgt in diesem Falle ziemlich schnell; bereits 8 Stunden nach der ersten Injektion kann im Harn Brom nachgewiesen werden. Die Bromipin-Klystiere haben sich besonders in psychiatrischen Fällen und in der Kinderpraxis bewährt.

Bromipin bei Neurasthenie.

Die Anwendung des Bromipins empfiehlt sich in allen Fällen, in denen Brom indiziert ist, vornehmlich aber bei den verschiedenartigen **nervösen Zuständen** auf **neurasthenischer Grundlage.** Nicht nur leichtere Erscheinungen von Neurasthenie, wie **allgemeine Mattigkeit, Abgeschlagenheit** und **Schwindel,** sondern auch **nervöse Kopfschmerzen, Herzklopfen, Alpdrücken** und **Angstzustände,** sowie **Schlaflosigkeit der Neurastheniker** werden durch das Mittel sehr günstig beeinflußt. Es leistet bei den **zerebralen** Formen der Neurasthenie, wie überhaupt bei Erregungs- und Krampfzuständen, die durch Erkrankung oder erhöhte Tätigkeit des Zentralnervensystems verursacht sind, die besten Dienste. In derartigen Fällen werden selbst nach erfolgloser Benutzung von Bädern und anderen Beruhigungsmitteln mit Bromipin dauernde Heilresultate erzielt. Ebenso günstige Wirkung äußert dasselbe bei **sexueller**

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

überall im Gehirn und Rückenmark, ganz besonders im Brustmark, eine Verdickung, mitunter auch Obliteration der Gefäße. Das Bindegewebe der Pia war vermehrt, im Optikus sogar deutlich proliferiert. Die Vorderhornzellen sowie die Betz'schen Zellen in den Parazentralwindungen zeigten starke Pigmentation, stellenweise auch degenerative Veränderungen. Sehr bemerkenswert war in allen 3 Fällen die enorme Anzahl von Amyloidkörpern, die sich überall nachweisen ließen. Faserdegeneration fand sich nur in einem Fall in Form einer leichten frischen Degeneration der rechten Pyseitenstrangbahn. — Im Anschluß daran bespricht Verf. an der Hand der Literatur kurz die Symptomatologie des zentral und des peripher bedingten intermittierenden Hinkens.

Kölpin.

Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns auf wissenschaftlicher Grundlage. Herausgegeben und redigiert von Dr. med. H. Vogt, Privatdozent, und Dr. med. et phil. W. Weygandt, a. o. Professor. Verlag von C. Fischer, Jena. Zweiter Band. Erstes Heft.

Die Zeitschrift für die Erforschung des jugendlichen Schwachsinns tritt mit dem zur Besprechung vorliegenden Hefte in ihren zweiten Jahrgang ein. Wenn sie in der Fülle der Erscheinungen, welche das Gebiet der medizinischen Publizistik von Jahr zu Jahr immer mehr belasten, ihren Platz behauptet, so liegt es daran, daß sie mit ihrem Erscheinen eine wirkliche Lücke ausgefüllt hat, welche diejenigen am schwersten empfinden mußten, die infolge ihrer Berufstätigkeit der Schwachsinnigenbehandlung besonders nahe stehen. Bei dem gesteigerten Interesse, dessen sich die Idiotenfürsorge in der letzten Zeit zu erfreuen hat, ergab sich die Schaffung eines speziellen Publikationsorgans aus innerer Notwendigkeit. Schon der Inhalt der ersten Hefte zeigt, welch ein Reichtum an wissenschaftlichem Arbeitsmaterial hier enthalten ist, wieviel ungelöste Fragen noch ihrer Erledigung harren und welche Bedeutung die Schwachsinnigenbehandlung in Schule und Haus, im bürgerlichen und militärischen Leben und nicht zuletzt in foro beansprucht. So bringt auch das erste Heft des zweiten Bandes wichtige anatomische Untersuchungen von Vogt und Ranke, klinische Mitteilungen über kindliche Verblödungsprozesse von Heller, einen pädagogischen Aufsatz von Pabst und einen polemischen Artikel von Cron. Am Schlusse finden wir reichhaltige Besprechungen der einschlägigen Literatur.

Die Zeitschrift ist wie keine andere geeignet, das Interesse und Verständnis für die Idiotenfürsorge zu fördern, die in Deutschland teilweise leider noch sehr im argen liegt, sie verdient weit über den engeren Kreis der Fachgenossen hinaus gelesen zu werden. Möchte doch das wichtige Stück Kulturarbeit, welches hier geleistet wird, auch bei den maßgebenden Stellen Beachtung und Widerhall finden.

Hubert Schnitzer (Stettin).

Dr. phil. Cron: Hie Arzt — hie Lehrer.

(Zeitschr. f. d. Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns, Bd. II, Heft 1.)

Verf. beklagt die Meinungsverschiedenheiten, welche gegenwärtig zwischen Pädagogen und Ärzten in der Schularztfrage herrschen, als Entwicklungskämpfe, die oft den Anstrich des Kleinlichen und Lächerlichen haben und der Sache zum Schaden gereichen. Als Mittel, den Frieden herzustellen und eine dauernde

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verbindung beider Parteien anzubahnen, schlägt Cron die Schaffung einer Art medizinisch-pädagogischer Akademie vor, in der angehende Lehrer und Ärzte sich zu gemeinsamem Studium vereinigen. Ref. kann der Ansicht Crons nicht beistimmen. Der Schularzt ist im wesentlichen Hygieniker, pädagogische Fragen können ihn nur so weit interessieren, als sie das Gebiet der Schulhygiene berühren, und um hierin die notwendige Sachkenntnis zu erwerben, genügt es, wenn der Arzt sich nebenher durch gelegentliche Informationen theoretischer und praktischer Art zu bereichern sucht; das wird ihn auch vor Übergriffen auf rein pädagogisches Gebiet schützen. Anders der Lehrer. Für ihn wäre die Kenntnis gewisser schulhygienischer Grundsätze im Interesse seiner Schüler wünschenswert, allein hier liegt die Gefahr vor, daß durch ein besonderes medizinisches Studium eine Halbheit erzeugt wird, welche schlimmer ist als Unwissenheit. Es wird ausreichen, wenn die Lehrer die jetzt schon vorhandene Gelegenheit zu einer zweckmäßigen Ausbildung in Spezialfortbildungskursen benutzen. Im übrigen ist die Vermeidung von Differenzen keine Personen-, sondern eine Systemfrage. Ist die Tätigkeit beider Teile ausschließlich auf das Wohl der Schüler zugeschnitten, ist sie prinzipiell durch genaue Dienstanweisungen scharf abgegrenzt und finden Verstöße schnelle und gründliche Remedur, so spielt die Personenfrage nur eine untergeordnete Rolle. Hubert Schnitzer (Stettin).

Dr. phil. Cron: Fachangst.

(Heilpädagogischer Bericht, erstattet zur 12. Konferenz für das Idioten- und Hilfsschulwesen.)

Unter der Bezeichnung „Fachangst“ werden Störungen beschrieben, welche Verfasser von seinem pädagogischen Standpunkte aus analysiert und therapeutisch beeinflußt und die er zur Gruppe der Zwangsbefürchtungen rechnet. Es mag dahingestellt bleiben, ob die geschilderten Anomalien wirklich zu den Phobien gehören, die der Behandlung so außerordentliche Schwierigkeiten bereiten, oder ob sie nicht zum Teil in die normale Breite kindlicher Eigentümlichkeiten und Schwächen fallen, welche als Produkte fehlerhafter Erziehung anzusehen sind, zum Teil auch den Negativismen und Stereotypien der Dementia praecox zuzurechnen sind, jedenfalls kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß hier eine Art von Laienpsychiatrie getrieben wird, an deren Kritik man nicht ohne inneres Widerstreben herangehen dürfte. Wir hören da von Knaben und jungen Männern, welche an Latein-, Schreib-, Turn-, Rechen-, Geschichts-, Sprech- und Vokalangst leiden. Verf. geht auf die Genese jedes einzelnen Falles und auf die näheren Begleitumstände ein, um dann die Behandlung zu besprechen, bei welcher er auf eine pädagogische Übungstherapie Gewicht legt. Mancherlei in den Ausführungen des Verfassers muß den ärztlichen Leser eigentümlich anmuten. So lesen wir auf S. 10 von Chorea vortäuschenden motorischen Sensationen, auf S. 11: „Am besten trat noch der Sinn für Lektüre und Deklamation — ein Erbstück von der Mutterseite — hervor und gab dem zerfahrenen Wesen wenigstens diesen einen gediegenen Halt, etwas treue Stimmung und Geschmack.“ Auf S. 15: „Gelingt hier (in den optischen und motorischen Regionen der oberen Körperhälfte) eine reguläre Durchblutung, d. i. ein normaler Stoffwechsel in Zufuhr und Abfuhr, dann empfindet das Kind nichts von Behinderung, nichts von Angst für die Gebiete, in denen das Auge und die Hand die wesentliche Rolle spielen.“

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zweifellos handelt es sich in der Mehrzahl der beschriebenen Fälle um psychopathische Persönlichkeiten und der vorliegende Bericht liefert wiederum einen schlagenden Beweis dafür, daß in den sogenannten Erziehungsanstalten für Schwachbegabte eine große Zahl von Kindern untergebracht ist, welche auf Grund der krankhaften Störungen ihres Nervensystems unter Fürsorge und Behandlung eines psychiatrisch gebildeten Arztes gehören.

Hubert Schnitzer (Stettin).

Krömer: Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher.

(Allgemeine Zeitschrift für Psych., Bd. LXIV, Nr. 6.)

Im wesentlichen eine Beschreibung des festen Hauses der Irrenanstalt Neustadt, Holstein. Der Bau ist eingerichtet für 40 Kranke in 4 gleichen Abteilungen zu je 10. In jedem Schlafsaal schlafen höchstens 4 Kranke, Zellen existieren 15. Das Pflegepersonal beträgt 1 : 3, 6. Auf den einzelnen Abteilungen sind Arbeitsräume; ein geräumiger Spazierhof wird immer nur von der Hälfte der Insassen gleichzeitig benutzt. Die Kranken erhalten Kostzulagen und Tabak für fleißige Arbeit, es stehen ihnen Spiele zur Unterhaltung und Bücher zur Verfügung.

Eine Abteilung ist Wachstation; die Wache befindet sich in einem Raum zwischen den 2 Sälen, durch winkelig in die Säle eingebaute Gitter davon getrennt, so daß sie, selbst geschützt, alles genau überwachen kann. Nachts ist außer dieser nur eine patrouillierende Wache.

Die gute Verteilung, die reichliche Benutzung der Zellen und die zweckmäßig eingerichtete Bewachung sind nach Verf. die Ursache, daß unangenehme oder gefährliche Unternehmungen noch nicht gelungen sind, trotz wiederholter Versuche.

In derartig zweckmäßiger Ausführung bewähren sich also auch Adnexe an Irrenanstalten; sie seien keineswegs durchaus verwerflich, wenn ihnen Verf. auch nicht das Wort reden will.

Chotzen.

Risch: Die Unschädlichmachung geisteskranker Verbrecher.

(Psych.-Neurolog. Wochenschr. 1908, Nr. 3, S. 21ff.)

Nach R.'s Ausführungen ist die erste Bedingung dafür, einen geisteskranken Verbrecher unschädlich zu machen, die, daß er als geisteskrank erkannt wird und in die Irrenanstalt kommt. Nach den Ministerialerlassen kann er von da ohne Zustimmung von Staatsanwalt und Polizeibehörde nicht entlassen werden. Die Grenze für Geisteskrankheit ist dabei möglichst weit zu ziehen. Die breite Masse der geistig Minderwertigen ist als geisteskrank zu bezeichnen. Werden sie bestraft, womöglich mit Rücksicht auf ihre Minderwertigkeit in milderer Weise, so werden sie nach Verbüßung der Strafe immer wieder auf die Menschheit losgelassen. Aus diesem Grunde wendet sich R. auch gegen die Einführung einer verminderten Zurechnungsfähigkeit. Es ist ihm zuzustimmen, wenn der Satz lautet: verminderte Zurechnungsfähigkeit — verminderte Strafe. Er kann aber wohl nur lauten: verminderte Zurechnungsfähigkeit — Unschädlichmachung durch Verwahrung und Behandlung in besonderen Anstalten, solange die Gefährlichkeit währt, ev. lebenslänglich. Die größere Zahl der geisteskranken psychopathisch Minderwertigen mit asozialen Trieben ist nach Ansicht des Ref. nicht, wie R. anführt, bei dauernder Bettbehandlung auf der Wachabteilung zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haben. Mit dem Gros dieser Kranken ist ohne Sonderbehandlung in einem besonderen Bewahrungshause mit vielen Einzelräumen (am besten 1 : 1) auf die Dauer nicht auszukommen. Wickel (Obrawalde).

Uebl: Psychologie und Psychopathologie im Polizeiwesen.

(Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 3, S. 122.)

N. führt unter Bezugnahme auf den bekannten Münchener Fall die Gründe an, welche das Verlangen rechtfertigen, daß die Polizei in solchen Fällen wenigstens einigermaßen Bescheid weiß und daß in den Polizeischulen neben dem sonstigen Unterricht im Sicherheitsdienst auch dem Gebiete der populären Psychologie und Psychiatrie entsprechende Beachtung geschenkt wird. Die verdienstvollen Bestrebungen Dannemann's nach dieser Richtung hin werden angeführt, auf seine Ausführungen gelegentlich des internationalen Kurses für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie in Gießen wird rekurriert.

Wickel (Obrawalde).

Holub: Wir und die Öffentlichkeit!

(Psych.-Neurol. Wochenschr. 1907, Nr. 40, S. 357ff.)

H. bespricht die vielfachen Angriffe auf Irrenärzte und Irrenanstalten und führt aus, wie dagegen Stellung zu nehmen wäre. Wickel (Obrawalde).

K. Pàndy: Das Irrenwesen in Finnland.

(Psych.-Neurol. Wochenschr. 1908, Nr. 41, S. 365ff., und Nr. 42, S. 379ff.)

P. schildert das Irrenwesen Finnlands nach Berichten von Saelan und Björkman und auf Grund einer im Sommer 1906 unternommenen Besichtigung einiger finnländischer Institute. Die Anfänge des Irrenwesens reichen bis 1767 zurück. Wesentliche Fortschritte von der Mitte der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts ab. Die Anstalten haben jetzt Ähnlichkeit mit den unseren. 1878 wurde die besondere Direktion des Irrenwesens aufgehoben und schmolz in die Abteilung des Sanitätswesens ein. Wickel (Obrawalde).

Grimme: Über die Typhusbazillenträger in den Irrenanstalten.

(Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 1, S. 16ff.)

Der Anschauung, daß die Geisteskranken zum Zurückhalten der Typhusbazillen prädisponiert sind, ist nicht zuzustimmen. Es gibt unter den Geisteskranken nicht mehr Typhusbazillenträger, wie unter den Geistesgesunden. Die Tatsache, daß in den Irrenanstalten so viel Bazillenträger gefunden werden, beruht nur darauf, daß bisher systematische Untersuchungen überhaupt nur in den Irrenanstalten möglich waren. Für die Irrenanstalten ist es von größtem Wert, auf die Typhusbazillenträger zu achten. In einer Reihe von Anstalten Badens und Hessens werden alle neu eintretenden Personen, selbst das Pflege- und Dienstpersonal, auf Bazillen untersucht. Auch in Göttingen werden alle Neuaufnahmen untersucht. Bei diesen Untersuchungen ist allerdings zu berücksichtigen, daß das Ausscheiden der Bazillen oft wochen-, ja monatelang pausieren kann. Die Entdeckung der Bazillenträger hat die Irrenanstalten vor ganz neue Aufgaben gestellt.

Wenn auch manche akut geistig Erkrankte in einem Einzelzimmer mit besonderem Pflegepersonal usw. behandelt werden können, so erweist sich doch im allgemeinen länger dauernde Isolierung, auch auf besonderer Abteilung, als ungünstig für den Geisteszustand. Die Entlassung von Bazillenträgern kann

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gelegentlich Schwierigkeiten machen. Hier ist jedesmal ganz individuell zu entscheiden.

Nach den bis jetzt gemachten Erfahrungen hat sich nun ergeben, daß, wenn bei Bazillenträgern sich Anhaltspunkte für eine andere Lokalisationsstätte nicht finden, die Gallenblase die Bazillen beherbergt. Es kommt daher bei der Behandlung der Bazillenträger die Operation in Frage. Ob Cholecystotomie oder Cholektomie ausgeführt werden soll, muß der Chirurg nach seinem Befund entscheiden. Ob man bei Nichterkrankung des Ductus choledochus mit der Cholecystotomie und nachfolgender Ausspülung und Desinfizierung der Gallenblase (Dehler) auskommt, muß die weitere Erfahrung lehren. Wann soll eine solche Operation ausgeführt werden? Das Ausscheiden der Bazillen unterliegt großen Schwankungen und kann schließlich auch spontan aufhören. Dies Letzte wird geschehen, wenn entweder der Entzündungsprozeß in der Gallenblase abläuft oder wenn es durch völligen Verschluß des Duct. cystic. zur Verödung der Gallenblase gekommen ist. Über die Dauer des Ausscheidens der Bazillen liegen endgültige Erfahrungen noch nicht vor. In den meisten Fällen handelt es sich um ein chronisches, jahrelang dauerndes Symptom. Für die Irrenanstalten wird demnach die Frage nach der Zeit der Operation allein von dem Einfluß entschieden werden müssen, den die Isolierung der Kranken auf ihr psychisches Befinden ausübt, vorausgesetzt, daß die Art der Erkrankung eine Operation überhaupt gestattet. Bei verblödeten Kranken, die nicht beeinflußt werden, wird man sie vielleicht nur in Rücksicht auf die allgemeinen hygienischen Verhältnisse der Anstalt vornehmen. Bei akut geistig Erkrankten, bei denen eine Isolierung die Behandlung ganz illusorisch zu machen droht und bei den chronischen Geisteskranken, die entweder die Isolierung als bitteres Unrecht empfinden oder gleichfalls in ihrem Befinden durch sie beeinträchtigt werden, wird man sich leichter dazu entschließen. Gelingt es, mit einer einfachen Cholecystotomie auszukommen, so handelt es sich um einen relativ ungefährlichen Eingriff, der durch den Erfolg, den er verspricht, genügend indiziert ist.

In einem von Verf. beobachteten Falle hatte Cholektomie Erfolg. Vom 15. Tage nach der Operation an waren während weiterer 55 Tage mit Stuhluntersuchungen keine Bazillen mehr im Stuhl. Wickel (Obrawalde).

Clemens Neißer: Ein Absonderungshaus für geisteskranke Typhusbazillenträger (weiblichen Geschlechts).

(Psych.-Neurol. Wochenschr. 1908, Nr. 5, S. 37 ff.)

Immer mehr stellt sich an manchen Irrenanstalten das Bedürfnis heraus, die chronischen Typhusbazillenträger unter den Geisteskranken in geeigneter Weise unschädlich zu machen. Das Isolierthalten dieser Kranken in Zimmern oder Zellen ist ihrem Geisteszustande schädlich. Wenn es sich um mehrere Kranke handelt, ist damit überhaupt nicht auszukommen. Es lag daher der Gedanke nahe, bei einer größeren Zahl von chronischen geisteskranken Bazillenträgern ein Absonderungshaus zu bauen. Dieses muß, wie Neißer ausführt, einmal die Möglichkeit geben, daß die Kranken trotz der Absonderung in unveränderter Weise ihrem individuellen psychischen Krankheitszustande gemäß untergebracht und behandelt werden. Es muß ferner möglichsten Schutz des Pflegepersonals vor Ansteckung und möglichsten Schutz gegen indirekte Weiterübertragung der Krankheitserreger gewähren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein solches Haus hat an der Irrenanstalt Bunzlau nach den Angaben von Direktor Neißer Landesbaurat Blümner gebaut. Das Haus wird in der vorliegenden Arbeit näher beschrieben. Ein Plan ist beigefügt. Es muß als vollendet in seiner Art bezeichnet werden. Auch zur Behandlung akuter Fälle ist es sehr geeignet. Eine Werkstatt (Nähstube usw.), die man vermissen könnte, ließe sich leicht in einem der Einzelzimmer unterbringen. Die Arbeiten der Kranken wären natürlich vor Weitergabe zu desinfizieren. Bemerkenswert ist, daß unter den Kranken von Bunzlau noch $^1/_2$ Jahr nach einer erheblicheren Endemie von Typhus und Ruhr 14 Typhusbazillenträger (2 M., 12 Fr.) gefunden wurden. Ein Ruhrbazillenträger war nicht unter den Kranken.

Wickel (Obrawalde).

Dexler (Prag): Über das Vorkommen von Psychosen bei den Säugetieren.

(Prager med. Wochenschr., 1908, Nr. 21.)

D. unterzieht das zurzeit vorliegende Material über Geisteskrankheiten der Tiere einer sachlichen Kritik und weist nach, daß man auf diesem Gebiete zu leicht dem Fehler verfällt, menschliche Verhältnisse auf die Tiere zu übertragen. Und doch kann es bei diesen eigentliche Psychosen nicht geben, weil ihnen das abstrakte Begriffsvermögen fehlt. Man kann nur sagen, daß es auch bei den Tieren psychotische Störungen (z. B. Sinnestäuschungen, maniakalische Zustände) gibt. Die wissenschaftliche Erforschung dieses Gebietes ist erschwert durch unsere mangelhafte Kenntnis der normalen Tierpsyche und das Fehlen sprachlicher Äußerungen, auf die wir uns in der menschlichen Psychiatrie vorwiegend stützen. Wir befinden uns erst in den Anfangsstadien exakter Untersuchungen.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Halbey: Über das Symptom des „Gedankensichtbarwerdens".

(Allgem. Zeitschr. f. Psych. LXV, 3.)

Verf. beobachtete bei einem Kranken neben dem Gedankenlautwerden auch das Symptom, daß ihm Worte, an die er dachte, oder z. B. eine Predigt, die er hörte, in deutschen Buchstaben oder in Gabelsbergerscher Stenographie sofort vor Augen schwebten in einer Art Netz, das er beständig vor sich sah.

H. stellt das als „Gedankensichtbarwerden" neben das „Gedankenlautwerden" und erklärt es wie Kraepelin aus der erhöhten Reizbarkeit der Sinnesflächen mit Reperzeption der Vorstellungsreize.

Chotzen.

Kauffmann: Zur Pathologie der Größenideen.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych. LXV, 2.)

Nach einer Übersicht über die verschiedenen Ansichten bezüglich der Grundlage der Größenideen setzt Verf. auseinander, daß nicht die Demenz die Ursache der Entstehung von Größenideen ist, sondern eine somatopsychische Desorientierung, welche sich in der Euphorie zu erkennen gibt, ein hypochondrisches Wohl- und Kraftgefühl, welches in Organempfindungen wurzelt.

Man kann, wie K. an Krankengeschichten zeigt, diese Entstehung direkt beobachten; ebenso gelang es ihm, durch Herabsetzen des Allgemeinempfindens, z. B. durch Darmstörungen, die Euphorie und damit die Größenideen vorübergehend zu beseitigen.

Ähnlich führen auch Muskelsensationen, z. B. bei den hyperkinetischen Hebephrenen, zu Größenideen.

Chotzen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vieregge: Prüfung der Merkfähigkeit Gesunder und Geisteskranker mit einfachen Zahlen.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych. LXV, 2.)

Ausführliche Wiedergabe der Versuche, über welche V. im psychiatrischen Verein zu Berlin referiert hat. Die Resultate sind im Eigenbericht des Verf. im 1. Aprilheft 1908 dieser Zeitschrift schon mitgeteilt. Chotzen.

Ernst Bischoff. Der Geisteszustand der Schwangeren und Gebärenden.

(H. Groß' Archiv, Bd. 29, Heft 2/3, 52 S, 1908.)

Der Verfasser will in dieser Arbeit „die Ergebnisse einer kritischen Studie der umfangreichen Literatur" niederlegen. Er kommt nach einigen abfälligen Bemerkungen über frühere andersartige Anschauungen der Psychiatrie zu folgenden Ausführungen: Es ist richtig, daß etwa 14 % aller geisteskranken Frauen während der Generation geisteskrank geworden sind. Hiervon sind aber nur 3 % während der Schwangerschaft erkrankt. Da aber mindestens 8 % aller lebenden Frauen in einem Jahre schwanger sind, verhalten sich die im nicht schwangeren Zustande geistig Erkrankten zu den geisteskranken Schwangeren wie die Zahl der nicht Schwangeren zu den Schwangeren überhaupt. Die Disposition zur geistigen Erkrankung wächst also nicht durch die Schwangerschaft. — Die Wochenbettpsychosen sind in den allermeisten Fällen nicht durch das Wochenbett, sondern das Puerperalfieber erzeugt. — Die Laktationspsychosen werden durch Erschöpfung ausgelöst. — Wenn die Generation die wirkliche Ursache der Erkrankung wäre, so müßte diese (bei gleicher Ursache) immer gleichartig sein; da sie dies nicht ist, gibt es keine Generationspsychose (!). Die Gravidität ist also nur bei denen, die „sozusagen reif für die geistige Erkrankung" sind, ein auslösendes Moment. — Hierauf schildert Verf. den Geisteszustand der Schwangeren: Die meisten Beschwerden der Schwangeren haben mit diesem ihrem Zustande nichts zu tun. — Die Gelüste entstehen „z. T. aus den körperlichen Veränderungen der Gravidität in physiologischer Weise", z. T. sind sie „Unarten". Traurige Verstimmungen kommen nur bei den Schwangeren vor, die Grund zur Trauer haben. — Schwangere sind häufiger kriminell als andere Frauen: Fruchtabtreibung und Eifersuchtsdelikte finden aber ihre Erklärung in der Situation (andere Delikte werden nicht erwähnt). — Auf Grund von Schwachsinn oder besonderen Umständen ist es möglich, daß eine Schwangere ihren Zustand verkennt. Die Versäumnis der Geburtsvorbereitungen spricht also nicht ohne weiteres für eine Kindestötungsabsicht. — Über den Geisteszustand der Gebärenden sagt B.: Die Entbindung bewirkt psychische Veränderungen, löst besonders starke Affekte aus. Das Bewußtsein bleibt meist klar. Nur ausnahmsweise sind jene Veränderungen als krankhaft zu bewerten, auch der Erschöpfungszustand, der der Kindesaustreibung folgt, ist nicht als krankhafte Störung der Geistestätigkeit zu bezeichnen. Bei normal veranlagten Frauen „kann eine Geistesstörung nur dann auftreten, wenn die Geburt nicht normal verläuft". Bei psychopathischen Frauen kann dagegen auch der normale Geburtsverlauf zu psychischen Störungen führen. Selten ist die Ohnmacht, häufiger der pathologische Affekt (Selbstmordversuch), hysterische oder epileptische Dämmerzustände, eklamptische Anfälle. Auch Delirien kommen vor und sind als toxische, hysterische oder epileptische zu betrachten. Der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kindesmord in solchem pathologischen Zustande kommt sehr selten zu gerichtlicher Behandlung. Vielmehr wird er in der Mehrzahl der Fälle bei klarem Bewußtsein ausgeführt. Eine besondere Disposition zum Kindesmorde besitzen geistesschwache ledige Erstgebärende. Der Glaube an die „Sinnesverwirrung der Kindesmörderinnen" ist der Glaube an ein Märchen. — Zur Stützung aller dieser mit ziemlichem Affekt vorgetragenen Ansichten, die zum Teil starken Widerspruch herausfordern, bezieht sich der Verfasser auf zahlreiche Fälle der Literatur und einige eigene. Er schließt mit dem Satze: Es wäre eine Ungerechtigkeit gegenüber zahlreichen anderen Affektverbrechern, wenn man in den Fehler verfallen wollte, gerade bei der Kindesmörderin aus Mitleid ohne triftige Gründe psychopathologische Einflüsse zu vermuten. Gruhle (Heidelberg).

Thomsen (Bonn): Wahnbildung und Paranoia.

(Mediz. Klinik 1908, Nr. 35.)

Das wesentliche des Artikels besteht darin, daß Th. gegenüber Kraepelin die Existenz einer „Paranoia acuta" verficht, die er differentialdiagnostisch gegenüber anderen Psychosen bespricht. Liebetrau (Hagen i. W.).

Campbell: Arteriosklerosis in relation to mental disease.

(Amer. Journ. of Insanity, Bd. 64, Nr. 3.)

Manche Fälle, die symptomatologisch als Melancholie, Hypochondrie, Neurasthenie usw. beschrieben worden sind, würden richtiger aus ätiologischen Gründen als arteriosklerotische Geistesstörungen bezeichnet. Dabei dürfen aber die Faktoren, die zur symptomatologischen Gruppierung geführt haben, nicht vernachlässigt werden. — In manchen Fällen organisch bedingter Demenz sind die arteriosklerotischen Veränderungen sicher das wichtigste Element in dem ganzen Krankheitsprozesse, und ist deswegen die Bezeichnung „arteriosklerotische Demenz" durchaus berechtigt. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch die Beziehung mancher Symptome zu ähnlichen Symptomen der präsenilen und senilen Psychosen. Kölpin.

Patrick: Ambulatory automatism.

(Journ. of Nerv. and Ment. Discase, Juni 1907.)

„Ambulatorischer Automatismus" (Fugue, Poriomanie) kommt nach den Erfahrungen des Verfassers zur Beobachtung bei Hysterie, bei Epilepsie, nach Kopfverletzungen, bei Alkoholisten, bei Instablen und bei Degenerierten überhaupt. Verfasser bringt die Krankengeschichten von sieben recht interessanten Fällen. Bei den ersten drei Fällen lag dem Wandertrieb eine Hysterie zugrunde. Bei einem Fall ließ sich die Diagnose durch Hebung der Amnesie in Hypnose sichern. Der vierte Fall ist unklarer Ätiologie; es handelte sich um einen Degenerierten. Beim fünften Fall ließ sich ebenfalls kein sicheres ätiologisches Moment eruieren, nur war bemerkenswert, daß der Kranke seit einem Jahr vor der Fugue ganz gegen seine sonstigen Gewohnheiten trank und spielte. Bei dem sechsten Fall handelte es sich um einen Instablen, der unter dem Einfluß von Alkohol stand, und im siebenten Fall schließlich wurde die Attacke ausgelöst durch geistige Überanstrengung und nervöse Erschöpfung bei einem etwas instablen Individuum.

Verfasser meinte, daß bisher in der Ätiologie der Fugues der Epilepsie eine viel zu weitgehende Bedeutung vindiziert worden ist. Man soll Epilepsie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nur dort diagnostizieren, wo noch anderweitige sichere Zeichen derselben vorhanden sind. Die Häufigkeit poriomanischer Zustände bei Soldaten läßt sich nicht durch Epilepsie erklären, ebensowenig die so häufig beobachtete Auslösung der Fugues durch psychische Momente. Überall dort, wo man Verdacht auf Hysterie hat, empfiehlt sich ein Versuch mit Hypnose; es wird dann gegebenenfalls gelingen, die für die Dauer der Attacke bestehende Amnesie zu beheben.

Kölpin.

Stertz: Die Serodiagnostik in der Psychiatrie und Neurologie.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych. LXV, 4.)

Es liegen 111 Fälle aus der Breslauer Klinik diesem kritischen Bericht zugrunde. Positiv war die Reaktion nur in Fällen, die mit Lues in Beziehung standen, in allen übrigen negativ. Bei 45 Paralysen reagierte die Spinalflüssigkeit 40mal positiv, 3mal fraglich, 2mal negativ. Von letzteren 5 Fällen war noch 3mal die Reaktion des Blutserums positiv. 5 Tabiker, 3 positiv. Lues des Nervensystems: 8 Fälle, Spinalflüssigkeit negativ, von drei untersuchten Fällen war 2mal das Blutserum positiv. Latente oder geheilte Lues ohne organische Störungen des Nervensystems ließ in allen Fällen die Reaktion in der Spinalflüssigkeit vermissen, während das Blutserum einmal positiv, einmal negativ reagierte. Der differentialdiagnostische Wert beruht also auf der Trennung der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen von den übrigen, durch Untersuchung von Blutserum und Spinalflüssigkeit; aber auch von Tabes und Paralyse gegen Lues des Nervensystems und andere Erkrankungen Luetischer, bei Berücksichtigung des Liquors allein, da in diesen beiden Fällen die Spinalflüssigkeit überwiegend resp. stets negativ reagierte. Die Serodiagnostik füllt also die Lücke aus, welche die Cytodiagnostik in der Unterscheidung metasyphilitischer Erkrankungen von syphilitischen und funktionellen Erkrankungen Syphilitischer offen läßt. Ebenso erleichtert sie die Erkennung echter Tumoren, bei denen die Cytodiagnose auch positiv sein kann. An interessanten Beispielen werden die Leistungen bei differentialdiagnostisch schwierigen Unterscheidungen illustriert, desgl. die Verwendung in der Unfallpraxis. Interessante Ausführungen über den Wert der Reaktion bei beginnenden Rückenmarkskrankheiten und ihre theoretische Bedeutung für den Zusammenhang von Paralyse und Tabes mit Lues beschließen die wertvolle Arbeit.

Chotzen.

V. Vermischtes.

In dem großen Sammelwerk „Deutsche Chirurgie“ (begründet von Billroth und Lücke, fortgesetzt von Bergmann und P. v. Bruns) enthält der erste Teil der zweiten Hälfte der 33. Lieferung (die Verletzungen und chirurgischen Krankheiten des Gesichts) in Kapitel VI bis IX wichtige Darstellungen der Trigeminusneuralgien, der Trigeminuslähmung, des Kaumuskelkrampfes, der Facialislähmung und des Facialiskrampfes aus der Feder von Prof. H. Trendelenburg. Ich möchte vor allem auf die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

außerordentlich gründliche und eingehende Schilderung der chirurgischen Behandlung der Neuralgie des Trigeminus aufmerksam machen. Das Werk erscheint im Verlage von F. Enke in Stuttgart. Gaupp.

Unter dem Titel „Geschlecht und Verbrechen" hat unser Mitarbeiter Georg Buschan in der Sammlung „Großstadtdokumente" (Bd. 48, H. Seemanns Nachfolger, Berlin. Preis 1 Mark) die Tatsachen der Kriminalstatistik, der Kriminalpsychologie und -anthropologie zusammengestellt, die sich auf das Verhältnis der Geschlechter in der Kriminalität der Gegenwart beziehen.
Gaupp.

Am 3. November ist in Bonn die neue Universitätsklinik für Psychisch- und Nervenkranke (Direktor Prof. Dr. Westphal) eröffnet worden.

Die deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gibt im Verlag von Johann Ambrosius Barth Flugschriften, das Heft zum Preis von 30 Pf. heraus, von denen einige hier genannt werden mögen:
Kopp: Das Geschlechtliche in der Jugenderziehung. von Dühring: Prostitution und Geschlechtskrankheiten. R. Kaufmann: Über Quecksilber als Heilmittel. Hans Hübner: Moderne Syphilisforschungen. A. Heidenhain: Sexuelle Belehrung der aus der Volksschule entlassenen Mädchen. O. Münsterberg: Prostitution und Staat. K. Touton: Über die sexuelle Verantwortlichkeit. K. Jaffe: Über den gegenwärtigen Stand der Frage der sexuellen Jugendbelehrung. Gaupp.

Der VII. internationale Kongreß für Kriminalanthropologie, mit dessen Organisation in Turin 1906 Prof. Sommer aus Gießen beauftragt wurde, wird 1910 in Cöln a. Rh. stattfinden, wo Prof. Aschaffenburg die Vorbereitungen übernommen hat. Die genauere Zeit wird mit Rücksicht auf die 1910 in Brüssel stattfindenden Versammlungen gewählt werden. Der erste dieser Kongresse wurde 1885 in Rom abgehalten, die weiteren in Paris, Brüssel, Genf, Amsterdam und Turin, und zwar unter starker Beteiligung von Delegierten vieler Länder. Der Kongreß wird also 1910 zum ersten Male in Deutschland tagen.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Zweites Januarheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Zur Kritik der Lehre Freud's über die Zwangszustände.

Von Dr. N. Skliar,
ordinierender Arzt der Irrenanstalt Tambow (Rußland).

Wir haben in einer Arbeit „Zur Psychopathologie und klinischen Stellung der Zwangszustände", die demnächst in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie" erscheinen wird, unter anderem Freud's Theorie der Zwangszustände im allgemeinen der Kritik unterworfen. Im vorliegenden Artikel wollen wir uns mehr mit der praktischen Seite der Frage beschäftigen und uns die speziellen Fälle ansehen, auf denen Freud seine Theorie aufbaut.

Zunächst ein paar Worte über die Definition Freud's der Zwangsvorstellungen, die zum Verständnis der weiteren Ausführungen notwendig sind.

Er nennt Zwangsvorstellungen „jedesmal verwandelte, aus der Verdrängung wiederkehrende Vorwürfe, die sich immer auf eine sexuelle, mit Lust ausgeführte Aktion der Kinderzeit beziehen".

Wir mußten in unserer Arbeit diese Definition zurückweisen, weil Zwangsvorstellungen 1. keine Vorwürfe sein können, da der Zwangsvorgang ganz automatisch verläuft und eben durch das Fehlen des Affektes charakterisiert ist; 2. können diese Zwangsvorstellungen nicht auf Affekte (sexuelle oder andere) bezogen werden, die in längst vergangenen Zeiten (d. h. in der frühen Kinderzeit) stattfanden, da die Erinnerung daran längst verschwinden müßte. Wir mußten auch die Erklärung Freud's der Entwicklung der Zwangsvorstellungen, die entstehen sollten durch die „falsche Verknüpfung" des Affektes, der sich von der ihm unverträglichen Vorstellung (sexuellen Charakters) getrennt habe, mit einer anderen verträglicheren Vorstellung, als falsch bezeichnen, da der Affekt kein selbständiges psychisches Element ist, das im Bewußtsein herumwandern und sich beliebige Vorstellungen auswählen könnte, um mit denselben eine Verbindung einzugehen, sondern eine Beziehung (Verhältnis) gewisser Vor-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stellungen zum Gesamtbewußtsein des Individuums darstellt, so daß der Affekt durch eine gewisse Vorstellung erzeugt wird und mit dem Schwinden der letzteren auch selber verloren geht, und somit diese „falsche Verknüpfung" nicht entstehen kann, die Freud für die Entstehung der Zwangsvorstellungen für so charakteristisch hält.

Und nun gehen wir zur Klassifikation Freud's der Zwangszustände über. Er teilt dieselben in 3 Gruppen ein: 1. Zwangsvorstellungen, wenn der Erinnerungsinhalt der Vorwurfshandlung allein sich den Eingang ins Bewußtsein erzwinge, 2. Zwangsaffekte, wenn im Bewußtsein nicht nur der Erinnerungsinhalt, sondern auch der an die Vorwurfshandlung geknüpfte Affekt wiederkehrt. Zur 3. Gruppe gehören die Zwangshandlungen[1]).

Diese Einteilung der Zwangszustände müssen wir für gelungen halten. Aber wir können uns nicht mit dem einverstanden erklären, was Freud unter jeder Kategorie dieser Zwangszustände versteht. — Wir haben in unserer oben erwähnten Arbeit nachzuweisen gesucht, daß man nur denjenigen Zustand (d. h. Vorstellung, Affekt oder Handlung) für zwangsmäßig halten kann, der gegen den Willen des Individuums stattfindet, wobei das Gefühlselement fehlen muß. Freud aber hält für Zwangsaffekte „Vorwürfe des Individuums, eine sexuelle Aktion im Kindesalter vollführt zu haben, die sich mit Leichtigkeit verwandeln in Scham (falls ein anderer davon erfahren würde) oder in hypochondrische Angst (über die schädlichen Folgen, die diese Handlungen nach sich ziehen können)". — Aus diesen Beispielen ersehen wir, daß bei den Freud'schen Zwangsaffekten wirklich nicht nur der Erinnerungsinhalt der vollzogenen sexuellen Handlung, sondern auch der an sie geknüpfte Affekt im Bewußtsein wiederkehrt. Aber wir denken, daß diese von Freud angeführten Beispiele, wo ein Komplex von Vorstellungen, die von einem starken Affekt begleitet sind, dargestellt ist, mit Zwangszuständen nichts Gemeinsames haben; denn wenn bei einem Individuum die Scham erscheint beim Gedanken, daß eine andere Person von der von ihm vollzogenen sexuellen Handlung erfahren könnte, oder wenn beim Individuum der Vorwurf über die ausgeführte unsittliche Aktion in die Angst sich verwandelt, daß diese Handlung schädliche Folgen haben könnte, so kann diese Person kein subjektives Zwangsgefühl haben aus dem einfachen Grunde, weil an diesem Gefühl das ganze „Ich" dieser Person beteiligt ist. Also sehen wir hieraus, daß diese Beispiele, die sich Freud als Zwangsaffekte vorstellt, in Wirklichkeit keine Zwangsaffekte sind und sein können. Für Zwangsaffekte können wir aber nur diejenigen

[1]) Dieses Zitat, sowie die übrigen Freud'schen Zitate sind entnommen aus Freud's „Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre", Leipzig und Wien 1906.

Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Erscheinungen halten, wo wir mimische Ausdrucksbewegungen sehen, die eine Gemütsbewegung ausdrücken sollen, während die affektive Grundlage vollständig fehlt und der Gemütszustand dem äußeren Verhalten des Individuums gar nicht entspricht. So wird z. B. das Lachen zwangsmäßig sein, wenn der Mensch lacht, während sein Gemütszustand gar nicht darnach angetan ist, daß er lachen möchte. Das gleiche gilt für das Zwangsweinen, Zwangsangst usw.

Ebensowenig können wir die Ansichten Freud's über das Wesen der Zwangshandlungen für gelungen halten. Freud glaubt, daß die letzteren sich auf dem Wege „sekundärer Abwehr von den verdrängten, aber immer wiederkehrenden Erinnerungen an das peinliche sexuelle Ereignis" entwickeln, zum Unterschiede von den Zwangsaffekten, die auf primärem Wege gebildet werden. Freud nennt sogar die Zwangshandlungen anders „Abwehr- oder Schutzbewegungen". — Es ist richtig, daß gewisse Handlungen von einem Individuum begangen werden, um eine peinliche Vorstellung zu verdrängen, so daß diese Bewegungen als Abwehrmaßregeln gegen diese letztere Vorstellung gedeutet werden könnten. Wir haben aber aus vielen Beispielen in unserer früheren Arbeit gesehen, daß diese Abwehr- oder Schutzbewegungen keine Zwangserscheinungen darstellen, sondern im Gegenteil vom Individuum absichtlich vorgenommen werden, um von den vorhandenen lästigen Zwangszuständen befreit zu werden. Wir können es noch an einem weiteren Beispiel illustrieren. Wir kennen einen Fall, wo beim Kranken, wenn er die Worte „Revolution", „Konstitution", „Komitee" und dgl. hörte oder sah, äußerst revolutionäre Gedanken auftraten, die ihn sehr plagten, da er von Jugend auf ein Mann von streng monarchischer Gesinnung war. Er befreite sich von diesen für ihn äußerst peinlichen Gedanken dadurch, daß er über etwas anderes nachzudenken oder über ein anderes Thema zu sprechen oder zu beten begann. — Man sieht hieraus, daß diese „Abwehr- oder Schutzbewegungen" nichts Zwangsmäßiges an sich haben und gerade dazu dienen, um die wirklich vorhandenen Zwangserscheinungen (Vorstellungen, Handlungen usw.) zu verdrängen. Somit können diese „Abwehrmaßregeln" keinesfalls mit den Zwangshandlungen identifiziert werden.

Freud ist so fest überzeugt davon, daß die Zwangshandlungen „Abwehrmaßregeln" gegen bestimmte Gedanken (oder Handlungen) darstellen, daß, wenn unter den beiden keine direkte Beziehung zu sehen ist, er unter denselben ein symbolisches, allegorisches Verhältnis findet. So hält er z. B. verschiedene zeremonielle Handlungen, das Zählen und dgl., für „Maßregeln der Buße". Aberglauben, Pedanterie, äußerste Pünktlichkeit usw. erscheinen ihm als „Vorbeugungsmaßregeln". Das Papiersammeln usw.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hält Freud für eine Maßregel gegen Verrat. Sogar die Dipsomanie hält er für eine „Betäubungsmaßregel“ (d. h. für eine sekundäre Abwehrmaßregel).

Nun können alle diese erwähnten Schutz-, Vorbeugungs-, Buß-, Betäubungs- und verschiedene andere sekundäre Abwehrmaßregeln in einigen Fällen wirklich echte Zwangshandlungen darstellen; sie müssen aber unfreiwillig geschehen, der Affektivität entbehren; dann kann man aber in denselben keine Maßregeln erblicken, die vom Individuum gegen etwas vorgenommen werden. In anderen Fällen aber haben diese „Maßregeln“ eine affektive Grundlage; dann müssen sie von der Person freiwillig vollzogen und können nicht für Zwangshandlungen gehalten werden.

Freud geht aber noch weiter. Er hält nicht nur die Zwangshandlungen, sondern auch das Zwangsdenken („Grübelsucht“, „Zweifelsucht“) und verschiedene Zwangsvorstellungen, wie z. B. den Denk- und Prüfungszwang für sekundäre „Abwehrmaßregeln“. Er glaubt, daß in diesen Fällen die „sekundäre Abwehr“ so stattfinde, daß das Individuum seine Gedanken auf andere möglichst konträren Inhalts ablenke; bei der Grübelsucht z. B. fange der Kranke an, an abstrakte Dinge zu denken, weil die verdrängten Vorstellungen mit sinnlichen Sachen zu tun gehabt hätten. Die Zweifelsucht wolle der Kranke durch logisches Denken, den Denk- und Prüfungszwang durch Erinnerungen besiegen. — Wir aber meinen, daß wir zur Erklärung der Entwicklung der Zwangsideen und des Zwangsdenkens nicht notwendig haben, unsere Zuflucht zu nehmen zu einer mystischen Deutung durch eine „sekundäre Abwehr“, sondern wir erklären die Sache einfacher dadurch, daß bei der Grübel-, Zweifelsucht, Denk- und Prüfungszwang im Charakter der Kranken eine Anlage zum Analysieren, zum Nachdenken, zu Kontrastassoziationen liegt. Aber dieser Prozeß hat noch nichts Zwangsmäßiges, da mit demselben ein starkes Gefühl verbunden ist. Zum Zwang wird er nur dann, wenn er das emotionelle Element verliert. Und dies letztere geschieht durch die ebenfalls im Charakter dieser Kranken vorhandene Trägheit. — Ebenso entwickeln sich die Zwangshandlungen so, daß die Handlungen, die ursprünglich durch ein Gefühl begleitet waren, dasselbe verloren und zwangsmäßig wurden durch den trägen Charakterzug, der diesen Kranken eigen ist. — Auf dem gleichen Wege entwickeln sich die Zwangsaffekte.

Wir sehen also unter den meisten Freud'schen sogenannten „Zwangsaffekten“ Beispiele von zwangslosen, willkürlichen, von starkem Affekt begleiteten Vorstellungen oder zusammengesetzten Vorstellungskomplexen, die mit den Zwangserscheinungen überhaupt nichts zu tun haben. — Unter seinen sekundären „Schutzbewegungen“ figurieren neben echten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zwangshandlungen solche Erscheinungen, die zu denselben nur in einer willkürlichen, gezwungenen, allegorischen Weise herbeigezogen wurden. — Das gleiche gilt für Freud's Zwangsvorstellungen.

Auch werden die echten Zwangshandlungen und Zwangsvorstellungen falsch gedeutet als sekundäre Abwehrmaßregeln, da die letzteren (d. h. Abwehrmaßregeln) gerade gegen die Zwangserscheinungen vorgenommen werden, gar nichts Zwangsmäßiges an sich haben und vergehen, sobald die Zwangszustände selber schwinden.

Alles in allem müssen wir sagen, daß Freud trotz seiner geistreichen und scharfsinnigen Ausführungen infolge seiner willkürlichen Voraussetzungen und seiner mystischen Beweisführung uns dem Verständnis des Wesens der Zwangszustände mit seinen Hypothesen nicht näher gebracht hat[1]).

II. Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung in der Irrenanstalt Herzberge am 13. Juli 1908.

Bericht von **Dr. Schayer,** Dalldorf-Berlin.

Reich: Asymbolie als Störung der Reproduktion.

Asymbolie oder Agnosie kommt zustande, soweit die optische Form in Betracht kommt, insbesondere durch Herderkrankungen im Hinterhauptslappen. Den Gegensatz zu der Asymbolie durch Herderkrankung bilden solche Fälle, in denen Asymbolie die Folge ist einer durch ausgedehnten Faserausfall bedingten Störung der Begriffe. Spuren einer solchen Asymbolie finden sich bei den verschiedensten Formen der Demenz.

Es sei hier hingewiesen auf die Arbeiten von Heilbronner (Aphasie und Demenz), dann auch auf Arbeiten Pick's und Binswanger's. Ich selbst habe mich in früheren Arbeiten bemüht, eine bestimmte Form dieser Störung, die anscheinend auf systemartiger Atrophie bestimmter, der Zusammenfassung der Einzelvorstellungen zum Begriff dienenden Fasern beruht, als Alogie aus den übrigen Formen herauszuschälen.

Ich glaube allerdings, daß mindestens ein Teil der Fälle, die von Pick als lokalisierte Atrophie, von Binswanger als Encephalitis subcorticalis chronica beschrieben sind, unter meine Auffassung von der systemartigen Atrophie fallen dürften. Außer den bisher erwähnten Fällen gibt es dann noch gewisse, äußerst seltene Fälle, in denen eine Asymbolie nachgewiesen wurde, die an-

[1]) Die Redaktion tritt den hier entwickelten Anschauungen nicht durchweg bei. G.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

scheinend rein funktioneller Natur war. Ich meine hier nicht diejenigen Fälle, in denen sich bei Verwirrtheitszuständen epileptischer oder hysterischer Art usw. vorübergehend asymbolische Zustände fanden, sondern solche Fälle, in denen Asymbolie als ein ziemlich selbständiges Symptom jahrelang bestand. Ich beziehe mich hier zunächst auf einen Fall, der von Wernicke in seinem Lehrbuch beschrieben, von Heilbronner Jahre hindurch genau verfolgt und wiederholt veröffentlicht ist. Ein zweiter Fall, der ebenfalls hierher gehört, ist der Fall Voit, der insbesondere von Grashey, von Sommer, von Wolff und zuletzt noch von Weygandt genauer studiert ist. Ich habe in letzter Zeit einen Fall beobachtet, der in mancherlei Hinsicht den letztgenannten beiden Fällen ähnelt, aber viel klarere Verhältnisse zeigt und, wie mir scheint, für die Psychologie der Vorstellungstätigkeit von großer Bedeutung zu werden verspricht. Es handelt sich um eine 49jährige Frau, die im September 1907 plötzlich unter Symptomen von Verwirrtheit, verbunden mit Sinnestäuschungen, erkrankt, was sich in mehrfachen Attacken wiederholte. Die Kranke kam vor etwa 7 Wochen nach Herzberge unter den Erscheinungen schwerster Ratlosigkeit mit Verzweiflungsausbrüchen. Sie war anfänglich nicht imstande, irgendwelche Auskunft zu geben, allmählich beruhigte sie sich etwas, so daß eine Untersuchung möglich wurde. Dabei ergab sich gleich von vornherein das auffallende Resultat, daß unsere Kranke überall da, wo es sich um höhere Begriffe handelte und um den formellen Ablauf des Denkens — wie sich durch geeignete Methoden feststellen ließ — überraschend gut Bescheid wußte, daß sie rechnen, lesen und schreiben konnte, daß sich aber sehr große Defekte zeigten, sobald es sich um das Erkennen konkreter Dinge von den Sinnessphären aus handelte. Auch bestand ein Defekt sowohl bezüglich des Gedächtnisses wie der Merkfähigkeit. Allmählich trat eine langsam zunehmende Besserung ein, wodurch die Möglichkeit einer genauen Analyse mehr und mehr gesteigert wurde. Der jetzige Zustand der Kranken, der in der heutigen Sitzung demonstriert wird, ist folgender:

Auf körperlichem Gebiet bestehen keinerlei wesentliche Abweichungen von der Norm, es bestehen keinerlei Störungen auch der feineren motorischen und sensibeln Funktionen, es ist keine Spur von Ataxie vorhanden. Die Kranke hört, sieht, riecht, schmeckt und fühlt durchaus gut, sie zeigt keine Hemianopsie, sie erkennt Formen, sowohl taktil als auch optisch durchaus gut; es besteht auch keine Störung des Farbensinns. Auf psychischem Gebiet fällt zunächst auf, daß die Intelligenz ausgezeichnet erhalten ist: sie ist sich ihrer Lage wohl bewußt, hat auch volles Verständnis für die bestehenden Defekte. Die Kranke versteht und beantwortet Fragen, befolgt Aufforderungen, sagt ihr zu Gebote stehende Reihen ohne Anstoß auf, beherrscht die rückläufige Assoziation tadellos. Sie spricht ohne jede Schwierigkeit nach, zeigt keinerlei Artikulationsstörung, sie liest Sätze und kürzere Perioden fehlerfrei und mit richtigem Verständnis, sie rechnet im Kopf Exempel wie 13×13 richtig aus und löst schriftlich lange Multiplikations- sowie Divisionsexempel fast oder völlig fehlerlos. Bei Sortierungsversuchen mit einfachen Figuren zeigt sie große Sicherheit und Geschicklichkeit in der Auffassung und Ordnung der Formen, bei dem begrifflichen Sortieren nach Kategorien dagegen ist die Leistung eine schlechte.

Wenn man die Vorstellungstätigkeit der Kranken eingehender prüft, so

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeigt sich zunächst, daß sie für höhere Begriffe ein durchaus gut erhaltenes Verständnis besitzt. Sie versteht, Sprichwörter und Redensarten zu erklären, gibt für abstrakte Begriffe, wie Tugend, Dankbarkeit usw., prompt ganz zutreffende Erklärungen. Wenn sie konkrete Begriffe erklären soll, bedarf sie weit längerer Zeit, um sich zu besinnen, und findet viele Begriffe nicht. Ein sehr schwerer Defekt, der in einem sehr krassen Gegensatze zu ihrem sonst völlig intelligenten Verhalten steht, tritt dann zutage, wenn man die Fähigkeit des Erkennens auf den verschiedenen Sinnesgebieten prüft. Dann zeigt sich, daß unsere Kranke das Vermögen des Erkennens auf den verschiedenen Sinnesgebieten großenteils verloren hat. Sie findet nicht nur nicht die Worte, um die Dinge zu bezeichnen, sondern sie weiß auch nicht, was die Dinge bedeuten und wozu man sie gebraucht. Besonders deutlich läßt sich das auf optischem Gebiete nachweisen. Zeigt man der Kranken Bilder, so ergibt sich, daß sie zwar die Formen und die Farben der Bilder richtig erkennt, daß sie die Konturen der Bilder mit der Feder umfahren kann, daß sie bezeichnete Bilder kopieren kann, daß sie kleine Unterschiede zwischen zwei identischen Bildern leicht herausfindet, daß sie Bild und Spiegelbild zu identifizieren und die Art des Unterschiedes zu bezeichnen versteht, daß sie auch für kurze Zeit das Bild in der Erinnerung festzuhalten und unter einer Anzahl anderer Bilder herauszufinden vermag, daß sie aber trotz alledem den Sinn des Bildes nicht erfaßt. Ähnlich besteht auch auf taktilem Gebiet die Fähigkeit, Formen, Temperatur und sonstige Qualitätsunterschiede aufzufassen, ohne daß aber wenigstens die meisten Gegenstände in ihrem Wesen und ihrer Bedeutung erkannt werden. Die einzelnen Sinnesgebiete scheinen sich untereinander nur sehr wenig zu unterstützen:

Wein in einem Glase, den die Kranke beim Trinken mit geschlossenen Augen nicht dem Geschmack nach erkennt, erkennt sie, auch wenn sie das Glas bei offenen Augen in die Hand nimmt und daraus trinkt, nicht. Wir haben schon gesagt, daß die Kranke Bilder so weit aufzufassen vermag, daß sie, auch ohne den Sinn zu verstehen, ein Erinnerungsbild bildet. Dieses Erinnerungsbild geht sofort verloren, wenn sie durch Erweckung eines Zwischengedankens abgelenkt wird; offenbar besitzt die Kranke nicht die Fähigkeit, die Vorstellung, wenn sie auch nur einen Moment verschwunden war, wieder zu reproduzieren. In derselben Weise wie die Wahrnehmung nicht genügt, um das Erinnerungsbild zu erwecken, stößt auch die Erweckung des Erinnerungsbildes vom konkreten Begriff aus auf große Schwierigkeiten. So vermag sie anzugeben, daß die Kuh ein Tier ist, das Milch gibt, das einen Kopf, vier Beine, einen Schwanz und ein Euter hat, sie vermag sich aber kein Bild von dem Aussehen einer Kuh zu machen. Sie gibt selbst an, sie habe das nicht im Blick und könne es sich nicht vorstellen, und selbst wenn man ihr nun eine Kuh zeigt, bleibt sie zweifelhaft, ob das ein Hund, ein Schaf, oder sonst irgendein Tier ist. Wenn sie eine Kuh zeichnen soll, so malt sie ein Tier, das vier Beine, einen Schwanz und einen Kopf hat, das aber sonst in seinen Formen keine Ähnlichkeit mit einer Kuh besitzt. Sie macht dann auch begreiflich, daß sie mit dem Resultat durchaus unzufrieden ist, daß sie es jedoch nicht besser könne, nicht weil ihr das Zeichentalent fehlt, sondern weil ihr die richtige optische Vorstellung mangelt.

Sehr guten Aufschluß über die bestehende Störung erhält man durch Ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wendung des von mir angegebenen Teilbilderbuches. Hier zeigt sich, wenn man der Kranken Teile von Tieren vorlegt, daß sie rein begrifflich Teile wohl zu erkennen vermag. Sie erkennt sie wohl in ihrer allgemeinen Bedeutung, aber sie vermag die spezielle Bedeutung nicht anzugeben. So erkennt sie einen Pferdefuß wohl als Fuß, aber sie weiß nicht, daß es ein Pferdefuß ist, weil sie zwar den Begriff des Fußes besitzt, aber sich keine Vorstellung machen kann, wie speziell der Fuß eines Pferdes aussieht.

Aus vorstehenden Ausführungen ergibt sich, daß wir als das Wesen des Symptomenbildes anzusehen haben eine Störung der Reproduktion des latenten Erinnerungsbildes der konkreten Begriffe bei intakter Fähigkeit der Wahrnehmung und des begrifflichen und formalen Denkens.

Der Gegensatz zwischen der sicheren Handhabung der abstrakten und der Erschwerung im Gebrauch konkreter Begriffe dürfte darauf zu beziehen sein, daß bei den Abstrakten die Einzelerinnerungsbilder nur ganz leise mit anzuklingen pflegen und es einer Klarheit derselben dabei nicht bedarf, während die Einzelerinnerungsbilder bei den konkreten Begriffen eine viel größere Rolle spielen.

Zum Schlusse wird noch darauf hingewiesen, welche Unterschiede zwischen diesen Fällen und den anderen Arten der Asymbolie, insbesondere der Herdasymbolie und der alogischen Asymbolie, bestehen, die schon im klinischen Bilde so prägnante sind, daß eine Differentialdiagnose bei genügender Aufmerksamkeit wohl zu stellen ist.

Von dem Falle Wernicke-Heilbronner unterscheidet sich unser Fall dadurch, daß dort zweifellos neben der Gedächtnisstörung eine erhebliche Denk störung vorlag: der betreffende Kranke war zu den einfachsten Schlüssen nicht fähig. Außerdem hatten dort insbesondere die höheren Begriffe gelitten, während die konkreten Begriffe verhältnismäßig gut erhalten waren, und es bestand eine gut erhaltene optische Phantasie sowie, wenigstens in den späteren Stadien, eine gut erhaltene Merkfähigkeit.

In dem Falle Wolff's war die optische Phantasie nur insofern beschränkt, als dort die Erweckung der optischen Vorstellung ausschließlich vom Begriffe aus nicht möglich war, während hier auch die Wahrnehmung von den Sinnesgebieten aus die latenten Erinnerungsbilder des betreffenden Sinnesgebietes nicht zu klarer Vorstellung zu erwecken vermag.

Ich glaube, daß die Veröffentlichung dieses Falles wohl gerechtfertigt ist mit Rücksicht auf die große Bedeutung, die er für die Psychologie und Psychopathologie der Vorstellungstätigkeit und des Gedächtnisses besitzt.

Autoreferat.

Diskussion:

Schuster: Wenn ich den Vortragenden recht verstanden habe, ist im vorliegenden Fall als Teilerscheinung der allgemeinen Asymbolie auch eine Störung des Tastgefühls vorhanden. Ich bitte nun den Vortragenden um Auskunft, ob die vorhandene Tastlähmung etwa gewisse Besonderheiten zeigt, welche unter Umständen für eine Abgrenzung der wirklichen Tastlähmung gegenüber der sog. Astereognosie verwendbar wären. Ich denke dabei an folgendes: Wenn auch die klinische Trennung der auf einer Störung innerhalb der sensomotorischen Region (etwa dem Verlust der sog. gliedkinetischen Remanenzen) beruhenden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und ev. von Rindenataxie begleiteten Astereognosie von der wirklichen Tastlähmung (die in einer assoziativen Störung besteht) meist kaum möglich ist, so schien es mir bei der Untersuchung von Fällen mit derartigen Störungen manchmal, als ließen sich gewisse Unterschiede zwischen der Astereognosie, die ein Homologon etwa der Rindenblindheit darstellt und der Tastlähmung, die der Seelenblindheit entspricht, feststellen. So hatte ich den Eindruck, daß der Kranke mit Tastlähmung den ihm in die Hand gegebenen Gegenstand völlig korrekt und geschickt abtastet, so daß man seine Unfähigkeit, den betasteten Gegenstand bezeichnen zu können. im ersten Augenblick einer sprachlichen Störung zuschieben möchte. Der Astereognostische dagegen schien mir unsicherer, zweifelnder und ungeschickter den ihm in die Hand gegebenen Gegenstand abzutasten, auch dann, wenn er keine Ataxie der Bewegungen darbot. Ferner glaube ich, einen Unterschied in dem Verhalten der Kranken bemerkt zu haben, wenn man sie nach dem vergeblichen Tasten die Augen öffnen ließ und ihnen den erfolglos betasteten Gegenstand zeigte mit der Angabe, dies sei der nicht erkannte Körper gewesen. Der Astereognostische schien mir meist viel geneigter zu sein, das ihm gezeigte Objekt als das vergeblich von ihm betastete anzuerkennen, er nahm den Gegenstand nochmals in die Hand und meinte: „Ach ja!" Der Kranke mit Tastlähmung hingegen war bei der Vorzeigung des Gegenstandes meist aufs höchste bestürzt und schien durchaus nicht glauben zu wollen, daß er den ihm vorgehaltenen Gegenstand noch kurz vorher in der Hand gehabt haben sollte, ohne ihn erkannt zu haben.

Nach den uns soeben von dem Vortragenden vorgeführten Demonstrationen im Bereiche der anderen Sinne zweifle ich kaum mehr, daß es sich bei der Patientin um eine Kranke der zweiten der soeben angedeuteten Kategorien, um eine solche mit assoziativer Tastlähmung, handelt. Vielleicht äußert sich der Vortragende noch über diesen Punkt. Autoreferat.

Reich (Schlußwort) bemerkt zu den Ausführungen von Schuster, daß es sich bei der Kranken auch auf dem Gebiete des Tastens nicht um eine Erkrankung im Sinne einer Störung des Erkennens der Formen gehandelt hat.

Die Kranke konnte nicht nur einen Gegenstand, den sie mit der einen Hand bei geschlossenen Augen getastet hatte, auch wenn sie ihn nicht erkennen und benennen konnte, mit der anderen Hand sofort identifizieren, sondern sie konnte auch die Form eines Gegenstandes, der ihr nur durch das Tastgefühl zugänglich gemacht wurde, auch ohne daß sie ihn erkannte, einigermaßen erkennbar nach dem Tastbilde aufzeichnen und vermochte durch Tastgefühl einfache stereometrische Körper zu erkennen und richtig zu benennen. Die asymbolische Störung bestand in unserem Falle ihrem Wesen nach in einer Störung der Erinnerungsbilder, die Astereognosie ist dagegen ihrer Bedeutung nach eine Störung der Wahrnehmung. Die Wahrnehmung war aber in dem vorgestellten Falle sowohl auf dem optischen als auf den anderen Sinnesgebieten, insbesondere auf dem taktilen Gebiete, völlig unversehrt. Hätte in unserem Falle Astereognosie bestanden, dann hätte eine ganz andere Auffassung des Falles Platz greifen müssen. Ein großer Teil der Bedeutung des Falles liegt gerade darin, daß er in sehr klarer Weise die Beziehung der Wahrnehmung zum Vorstellen und Erkennen illustriert.

Reich sucht diese Verhältnisse an einer schematischen Darstellung darzutun. Den Ausdruck „assoziativ" ebenso wie den Ausdruck „transcortical"

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

möchte Reich zur Bezeichnung asymbolischer Zustände vermieden sehen, weil er gar zu allgemein ist und deswegen nichts Bestimmtes besagt.

Wernicke gebraucht beide Ausdrücke im großen und ganzen identisch und versteht darunter in allgemeinster Weise jede im Gehirn vorkommende Verbindung zweier funktionsfähiger Teile; daher sind nach Wernicke schließlich alle psychischen Prozesse, so verschieden dieselben auch ihrer Art nach sein mögen, mit diesen Ausdrücken zu bezeichnen.

Reich sieht es gerade als einen Fortschritt seiner Bestrebungen an, daß allmählich eine Differenzierung der verschiedenen Verbindungsarten angestrebt wird. Offenbar sind erstens die Verbindung der bei der Wahrnehmung gleichzeitig erregten Einzelelemente zu einem gemeinsamen Wahrnehmungsbild, zweitens die Verbindung des Wahrnehmungsbildes mit dem Erinnerungsbild, drittens die Verbindung der Einzelerinnerungsbilder zu konkreten Begriffen, viertens die Verbindung von Teilvorstellungen zu einem Ganzen, ferner die dem formalen Denken zugrunde liegenden Verbindungen durchaus verschiedener Art, die, wie insbesondere die Alogie zeigt, unter Umständen auch elektiv erkranken und dadurch zu eigenartigen Symptomenbildern Veranlassung geben können. Die Psychologie (Ziehen) hat die genannten Unterschiede schon lange gemacht. Der Gehirnpathologie steht diese Aufgabe im großen und ganzen noch bevor. Hier haben Begriffe allgemeinster Art, wie „transcortical", „assoziativ", „sekundäre Identifikation", „Demenz" usw., die Szene bisher so sehr beherrscht, daß es an einer Aufstellung feinerer Unterschiede so gut wie ganz mangelt, wenigstens sobald das Gebiet des „Corticalen" überschritten wird. Autoreferat.

Bischoff stellt einen Alkoholkranken mit Beriberi vor.

Sitzung vom 14. Dezember 1908.

Kurt Mendel stellt einen Fall von Hämatomyelie in Höhe des achten Cervical- und ersten Dorsalsegments vor. Patient machte am 8. Juni 1907 einen Kopfsprung ins Wasser von $^3/_4$ m Tiefe; hierbei stieß er mit dem Kopf auf den Grund, wahrscheinlich wurde der Kopf auf die Brust gedrückt. Keine äußere Verletzung. Drei Tage bewußtlos. Elf Tage am ganzen Körper gelähmt, auch Retentio urinae. Patient mußte vier Wochen lang katheterisiert werden. Nach elf Tagen begannen die Beine sich wieder zu bewegen. Nach einigen Monaten waren untere Extremitäten und Urinlassen in Ordnung, es blieb eine Parese und Abmagerung in beiden Händen, besonders rechts. Gegenwärtig ist nachweisbar: Parese und Atrophie in den Interossei, im Adductor pollicis, Thenar, Hypothenar, und zwar beiderseits, besonders stark aber rechts. Entartungsreaktion in den atrophischen Muskeln. Reflexe an oberen und unteren Extremitäten sehr lebhaft. Kein Babinski. Sensibilität völlig intakt. Dazu deutliche Retrusio bulbi rechts, rechte Pupille und Lidspalte deutlich enger.

Demnach erfolgte anläßlich des Unfalles eine Hämatomyelie und als Rest derselben ist zurückgeblieben eine Zerstörung in den Vorderhörnern (besonders rechts) in Höhe des achten Cervical- und ersten Dorsalsegments. Daher die Atrophie an den Händen und — infolge Läsion des Centrum ciliospinale — die krankhaften Symptome am rechten Auge. Autoreferat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

L. Loewe (als Gast): Die Freilegung der Hypophysis.

Vortragender hat vor ungefähr einem Jahre der Gesellschaft über eine Methode berichtet, durch welche es möglich ist, von vorn, von der Nase her an die Hypophysis zu gelangen. Das Verfahren besteht darin, daß die die Nasenhöhle von außen deckenden Knochen- und Hautmassen in der Art und Weise, wie man die Türen einer Flügeltür öffnet, jederseits seitlich auf die Wangengegend umgelegt werden. Dann werden die Muscheln und das Siebbeinlabyrinth ausgeräumt und es wird die Nasenscheidewand an ihrer oberen und hinteren Kante abgeschnitten und zur Seite gebogen. So ist die Vorderfläche des Keilbeinkörpers aufgedeckt, sie wird weggeschlagen. Damit ist man unmittelbar an die Hypophysisgegend herangelangt und kann die Hirnanhanggeschwulst entbinden. Das Verfahren, das übrigens nur da anwendbar ist, wo der Hypophysistumor nach unten gegen die Keilbeinhöhle gewachsen ist — hat derselbe sich nach dem Gehirn hin ausgebreitet, so ist die Methode unstatthaft —, ist seither sechsmal in vivo ausgeführt worden. Einmal von Schloffer in Innsbruck, dreimal von v. Eiselsberg in Wien, je einmal von Hochenegg (Wien) und von Borchardt in Berlin. Die Operateure sind nicht genau so vorgegangen, wie Vortragender es angegeben hatte. Sie haben die Seitenwände der Nase nicht türflügelartig nach beiden Seiten umgelegt, sondern nur die Nase selbst einseitig auf eine Wange hin umgekippt. Jedoch ist diese Modifikation des Loewe'schen Verfahrens nebensächlich und, wie Vortragender glaubt, auch nicht vorteilhaft.

Von den sechs Operierten ist einer kurz nach dem Eingriff an einer Meningitis gestorben. Der Operateur (v. Eiselsberg) glaubt diesen Exitus dem Umstand zuschreiben zu müssen, daß der Operierte sich noch im Rekonvaleszenzstadium einer akuten Choryza befand. So habe die, dieser zugrunde liegende Infektion auf die harte Hirnhaut übergreifen können. Von den fünf Geheilten ist einer mehrere Monate später an einem akuten Hydrops Ventriculorum cerebri zugrunde gegangen. In dem Hochenegg'schen Falle, in dem es gelang, den ganzen Tumor zu entfernen, sind sämtliche akromegalischen Symptome verschwunden. Bei den drei restierenden Patienten ist bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens eingetreten.

Soweit das Tatsächliche. Ganz neuerdings hat aber die Frage der Hypophysisaufdeckung ein anderes Aussehen gewonnen. Wie schon erwähnt, handelt es sich immer nur um solche Hirnanhangsgeschwülste, welche nach unten gegen die Keilbeinhöhle heruntergewachsen, also gleichsam Nasenhöhlentumoren geworden sind. Die Quintessenz der ganzen Angelegenheit liegt mithin in der Aufdeckung des Innern der Keilbeinhöhle. Nun ist das Antrum sphenoidale doch unmittelbar über dem Rachendach gelegen. Gelingt es, letzteres in bequemer Weise zugänglich zu machen, so ist damit die Frage der Freilegung der nasalen Hypophysisgeschwülste gelöst. Es ist nachher nur nötig, die Schleimhaut des Rachendaches in der Mittellinie zu spalten und beiseite zu schieben. Dann muß die Unterfläche des Keilbeinkörpers unmittelbar zutage treten. Diese wird weggeschlagen. Damit ist das Antrum sphenoidale eröffnet und kann ausgeräumt werden.

Die Freilegung des Rachendaches spielt in der Chirurgie eine große Rolle. Bekanntlich kommen am Pharynxgewölbe junger Individuen ziemlich häufig Sarkome bösartigsten Charakters vor, die, wenn sie nicht rechtzeitig eliminiert

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden, zu den übelsten Konsequenzen führen können. Im allgemeinen werden vier Methoden zur Entfernung derartiger Nasenrachendachtumoren angewandt:

a) die temporäre Oberkieferresektion;

b) die temporäre Abklappung des harten Gaumens nach Kocher oder Partsch;

c) die Längsspaltung resp. Durchschneidung des weichen Gaumens, ev. unter Zuhilfenahme einer mehr oder weniger ausgedehnten Resektion der harten Gaumenplatte und des Vomer;

d) die temporäre Spaltung des Unterkieferkörpers nach v. Langenbeck.

Diese vier Eingriffe sind indessen ziemlich blutiger Natur. Es gibt ein viel einfacheres und vollkommeneres Verfahren, an das Rachendach heranzugelangen. Das ist die schon über ein Jahrhundert bekannte Pharyngotomia subhyoidea von Malgaigne. Durch einen Horizontalschnitt wird die Haut dicht unter dem Zungenbein und parallel mit demselben durchtrennt. Dann werden die darunter gelegenen Mm. Sternohyoidei, Thyreohyoidei und Omohyoidei durchquert. Darauf wird die Membrana hyothyreoidea durchschnitten. Nun gelangt man in die Valleculae zwischen Zungengrund und Kehldeckel. Damit ist der Rachenraum eröffnet und das ganze Rachendach nebst Choanen freigelegt. Die Pharyngotomia subhyoidea ist zwar technisch leicht ausführbar, sie birgt aber große Schattenseiten in sich. Einmal führt sie öfters zur Schluckpneumonie. Zweitens verheilt sie schlecht. Es ist daher als großer Fortschritt zu begrüßen, daß man neuerdings dieselbe durch die Pharyngotomia suprahyoidea zu ersetzen gelernt hat (Jeremitsch, v. Hacker, Spisarny, Grünwald, Hofmann). Hier wird der Schnitt nicht unter, sondern über dem Zungenbein geführt. Da hat man die mächtige Muskelmasse der Zunge zur Verfügung, man kann exakte Etagennähte machen und so die Prima intentio sichern. Dann ist der Schnitt weiter vom Larynxeingang entfernt, dafür aber dem Rachendach um so näher. Umstände, die vorteilhaft ins Gewicht fallen. Vortragender demonstriert die Operationsmethode an einer Reihe von Abbildungen. Da voraussichtlich die Aufdeckung der Keilbeinhöhle resp. der Hirnbasis auf dem Wege der Pharyngotomia suprahyoidea ein häufiger angewandtes Verfahren werden dürfte, wendet sich Vortragender der Besprechung der anatomischen Verhältnisse zu. Die Ausdehnung des Antrum sphenoidale unterliegt großen individuellen Schwankungen. Im allgemeinen lassen sich diesbezüglich drei Typen unterscheiden. Ist die Keilbeinhöhle sehr klein, so ist nur der Abschnitt des Keilbeinkörpers, der vor der Sella turcica gelegen ist, pneumatisiert. In diesem Falle steht das Dach der Keilbeinhöhle nur mit dem Hinterende des Gyrus rectus und der Sehnervenkreuzung in Berührung. Die Hypophysis liegt ganz und gar hinter dem Antrum.

Der zweite Typus ist dadurch gekennzeichnet, daß sich die Pneumatisation bis unter die Sellagegend erstreckt. Das Keilbeinhöhlendach steht jetzt auch mit der Hypophysis und deren beiden Sinus intercavernosi in Berührung.

Beim dritten Typus hat sich die Pneumatisation bis hinter die Sella ausgedehnt. Dieser retrosellare Bezirk, der sich weit in das Hinterhauptbein erstrecken kann, berührt das Tuber cinereum, die Corpora mamillaria, die Brücke, deren Zisterne und die Arteria basilaris.

Die Pneumatisation der Keilbeinhöhle kann sich auch seitwärts in die großen und kleinen Keilbeinflügel und in die flügelförmigen Fortsätze hinein erstrecken. In diesem Falle kommen auch das Trigonum olfactorium, die Substantia perfo-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rata anterior, der Uncus und die vorderen Partien des Gyrus fusiformis und des Gyrus temporalis inferior mit dem Keilbeinhöhlendach in Berührung.

An den Seitenwänden stark pneumatisierter Keilbeinhöhlen lassen sich allerhand Erhebungen nachweisen, welche den an der Seitenfläche des Keilbeinkörpers hinziehenden Gebilden (Carotis, zweiter und dritter Trigeminusast), sowie dem N. Vidianus und dem Canaliculus sphenoidalis entsprechen (Schlungbaum). Es unterliegt keinem Zweifel, daß endosphenoidale Prozesse aller Art sich an diesen Stellen leicht auf die genannten Gebilde zu übertragen vermögen. Andererseits ist aber ebenso sicher, daß auf dem soeben geschilderten Wege der Keilbeinhöhleneröffnung vermittels der Pharyngotomia suprahyoidea manchen derartigen endokraniellen Komplikationen chirurgische Hilfe gebracht werden kann.

Autoreferat.

Diskussion: G. Lennhoff (a. G.) bemerkt, er habe an den Versuchen des Vortragenden teilgenommen und könne bestätigen, nicht nur, daß es spielend leicht sei, auf dem Wege der Pharyngotomia suprahyoidea wie an retronasale Tumoren, so auch an die Keilbeinhöhle und etwa in ihr lokalisierte Geschwülste zu gelangen, sondern auch, daß nach Wegnahme des Bodens der Keilbeinhöhle die Besichtigung ihrer übrigen Wände so leicht und so gründlich ausführbar sei, daß man mit Sicherheit die Stelle des Daches bezeichnen könne, an welcher die Hypophysis gelegen sei. Freilich müsse man es sich zur Regel machen, bevor man zur Freilegung der Hypophysis schreite, mit einem in die Keilbeinhöhle eigeführten kleinen Kehlkopfspiegel jede Erhöhung und jede Vertiefung an der Wand abzuleuchten und ihre Bedeutung an der Hand der vom Vortragenden dargelegten anatomischen Beziehungen der Keilbeinhöhle zu den wichtigen Gebilden in ihrer Nachbarschaft sich klar zu machen. Am Lebenden werde sich die Operation dadurch noch einfacher gestalten, daß man durch Röntgenaufnahme über Form und Lage der Sella turcica zuverlässige Auskunft erhalten könne. Deshalb empfehle er für Hypophysistumoren, in erster Linie das Loewe'sche Verfahren in Erwägung zu ziehen.

Autoreferat.

Carl Benda: Daß der nasale Weg der Hypophysenoperation nicht nur gangbar, sondern auch aussichtsvoll ist, hat der Fall Hocheneggs bewiesen, wo wirklich auf die Exstirpation des Hypophysistumors eine Heilung der Akromegalie erfolgte. Wir müssen uns aber gegenwärtig halten, daß in diesem Falle die glückliche Bedingung des Erfolges daran lag, daß hier der Hypophysentumor einmal frei in den Sinus sphenoidalis hineinhing. Das ist aber, wie ich aus eigenen und fremden Beobachtungen feststellen muß, keineswegs die Regel, sondern entschieden die Ausnahme. Die Hypophysistumoren entwickeln sich in anderen Fällen in der Fossa hypophysis und bringen den Sinus sphenoidalis zum Schwunde, den Knochen zur Sklerose, oder sie verwachsen mit dem Knochen oder infiltrieren ihn sogar in bösartiger Form, oder sie entwickeln sich endlich ganz intrakraniell nach Durchbrechung des Diaphragma sellae turcicae gegen die Hirnbasis hin. Die letzte Form ist diejenige, die die beste neurologische Lokalisation gestattet, wegen ihrer exquisiten cerebralen Symptome. In allen diesen Fällen ist aber die angegebene Operation sehr schwierig oder unmöglich.

Auch die Hoffnungen, die der Vortragende auf den nasalen Weg basaler Hirnoperationen setzt, und die an die Pneumatisation des Keilbeins anknüpfen, muß ich etwas dämpfen. So umfangreiche Pneumatisationen des Keilbeins, wie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in dem Falle Waldeyer's, zu dem ich ein Analogon besitze, gehören doch zu den extremsten Seltenheiten. Autoreferat.

Loewe (Schlußwort) gibt zu, daß die Pneumatisation der Keilbeinhöhle in der betr. Abbildung eine extreme ist, doch scheinen in unseren Gegenden wenigstens die Keilbeinhöhlen in der Regel stark pneumatisiert zu sein. Für die Operation spielt die Dicke des Knochens keine wesentliche Rolle.

Der Hochenegg'sche Fall lag besonders günstig. Die Beschwerden bei Akromegalie sind aber so erheblich, daß man auch zufrieden sein kann, wenn man den Patienten durch die Operation einige Erleichterung verschafft.

Cassirer stellt eine 39jährige Frau vor, die bis vor vier Jahren völlig gesund war. Im August 1904 bemerkte sie eine gewisse Ungeschicklichkeit der rechten Hand. Ohne Schwäche zu verspüren, konnte sie doch feinere Bewegungen nicht mit der gewohnten Exaktheit ausführen. Dazu gesellten sich Kopfschmerzen von mäßiger Intensität, ohne bestimmte Lokalisation, ohne Erbrechen. Diese gingen unter hydropathischer Behandlung zurück, doch breitete sich die Störung auf das rechte Bein aus, so daß ihr das Gehen schwer wurde. Diese Beschwerden steigerten sich ganz allmählich, ohne jemals eine akute Exazerbation zu erfahren.

Ein halbes Jahr nach dem Beginn der Erkrankung untersuchte Vortragender die Patientin zum ersten Male. Es bestand damals bereits eine Sprachstörung, die der Patientin selbst stärker zum Bewußtsein kam als der Umgebung. Die Aussprache von l und s wurden ihr besonders schwer. Seitdem haben sich die Symptome sukzessive gesteigert, ohne daß etwas wesentlich Neues hinzugekommen ist. Lues liegt nicht vor; eine trotzdem vorgenommene antisyphilitische Kur hatte keinen Erfolg.

Gegenwärtig besteht in dem rechten Arm und Bein schon in der Ruhe ein Tremor von 4—5 Schlägen in der Sekunde, der dem bei Paralysis agitans ähnelt und auch bei passiven Bewegungen nachläßt. Bei aktiven Bewegungen tritt eine hochgradige Koordinationsstörung hervor, die durch Augenschluß nicht beeinflußt wird, ein Wackeln, wie bei multipler Sklerose. Dabei ist der Händedruck ebenso stark wie links und zeigt keine Schwäche. Auch die Sehnenphänomen verhalten sich wie links. Keine Hyper- oder Hypotonie. Ataxie ist nicht sensorisch bedingt, denn die Sensibilität ist ganz oder nahezu ganz intakt. Die Patientin unterscheidet spitz und stumpf und erkennt Gegenstände in normaler Weise durch den Tastsinn. Auch das Lagegefühl ist nicht gestört. Vielleicht besteht eine minimale Abstumpfung für Wärme und Kälte. Patientin erkennt es zwar richtig, meint aber, es fühle sich anders an als links. Auch klagt sie über unbestimmte Schmerzen in der ganzen rechten Seite. Ferner zeigt der rechte Arm in ausgeprägter Weise Adiadokokinesis. Die Sprache fällt der Patientin schwer. Sie sagt selbst, es sei, als ob sie betrunken wäre, die Zunge zu lang sei. Besonders das ll macht ihr Schwierigkeiten und schnelles Sprechen. Die Störung hat also Ähnlichkeit mit der im Arm. Die Zunge wird gerade hervorgebracht, ohne erhebliches Zittern und ist in ihren groben Bewegungen frei. Nr. VII intakt. Der Gang ist schleppend, der rechte Arm wird abduziert. Beim Umdrehen fällt Patientin nach rechts. Im rechten Bein ist dieselbe Koordinationsstörung beim Knie-Hacken-Versuch zu konstatieren wie im rechten Arm. Auch die Zehenbewegung ist erschwert. Die motorische Kraft, die Sensibilität, die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Reflexe zeigen ebenfalls keine Störungen. Die Bauchdeckenreflexe fehlen infolge Schlaffheit der Bauchdecken.

Der Fall bietet diagnostisch große Schwierigkeiten. Vortragender nimmt in Anlehnung an einen von Henneberg demonstrierten Fall einen chronisch entzündlichen Prozeß, eine Encephalitis chron. an. Die Ortsdiagnose hat besonders die Störung der Koordination zu berücksichtigen, die sich als eine Hemiataxie von äußerster Reinheit darstellt, und auf die Bahnen von und zum Cerebellum hinweist. Die Pyramiden und die Bahnen der bewußten Sensibilität sind augenscheinlich intakt. Am wahrscheinlichsten handelt es sich also um eine Erkrankung in den vom Cerebellum durch den Bindearm und den roten Kern zum Thalamus ziehenden Bahnen, die sich langsam ausbreiten.

Diskussion: Schuster fragt den Vortragenden, ob in seinem Falle Störungen in den mimischen Bewegungen oder vielleicht Zwangslachen oder dergleichen bestehen.

Ziehen hat bei derartigen Fällen weitgehende Remissionen gesehen. Die Artdiagnose ist außerordentlich schwer. Auch er verfügt über keinen Sektionsbefund. Immerhin gibt er zu bedenken, daß die multiple Sklerose sich jahrelang auf einen Herd beschränken und die typischen Symptome vermissen lassen kann. Bezüglich der Lokaldiagnose stimmt er mit dem Vortragenden überein und fragt, ob die Vestibularsymptome genauer geprüft worden sind, die eventuell doch noch eine genauere Lokalisierung gestatten könnten.

Vogt weist darauf hin, daß Jelgersma bei Paralysis agitans eine Degeneration der vom Lobus pallidus in den lateralen Teil des Thalamus ziehenden Bahnen, HI und HII von Forel, gefunden hat. Es wäre möglich, daß dies auch in diesem Falle vorliegt.

Liepmann (Dalldorf) fragt, ob die Patientin im Hinblick auf die Untersuchungen von Lotmar auf Störungen der Gewichtsempfindung untersucht sei.

Forster fragt, ob nachdauernde Muskelkontraktionen vorhanden sind.

M. Bernhardt richtet an den Vortragenden die Frage, ob die Funktion des Sehorgans und der Augenhintergrund untersucht sei. Leyden habe vor Jahren einen ähnlichen Fall veröffentlicht, bei dem sich ein einseitiger Tumor des Sehhügels fand (Sarkom). Auf die Schmerzen in den kontralateralen Körperteilen bei Sehhügelaffektionen habe neuerdings Roussy wieder die Aufmerksamkeit gelenkt. Autoreferat.

Cassirer (Schlußwort) hat geglaubt, die multiple Sklerose wegen des langsamen kontinuierlichen Verlaufs ausschließen zu müssen. Die Cochlearissymptome sind mit dem Drehstuhl geprüft worden, ohne Besonderes zu ergeben. Die Arbeiten von Jelgersma sind von ihm berücksichtigt worden. Dieser hat ähnliche Symptome, wie sie der vorgestellte Fall bietet, bei einem Tumor im Thalamus beobachtet. Veränderungen des Augenhindergrundes, ebenso Nystagmus, Gesichtsfeldeinschränkung, bestehen nicht. Auch Nachkontraktionen sind nicht vorhanden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Bibliographie.

L. Edinger und Ed. Claparède: Über Tierpsychologie. Zwei Vorträge. Leipzig, J. A. Barth, 1909. M. 2,—.

Sonderabdruck aus dem Bericht über den III. Kongreß für experimentelle Psychologie (Frankfurt, April 1908). Edinger geht von der Anatomie, Claparède von der experimentellen Psychologie aus. Beide Vorträge sind sehr lesenswert. Gaupp.

H. Munk: Über die Funktionen von Hirn und Rückenmark. Gesammelte Mitteilungen. Neue Folge. Berlin, A. Hirschwald, 1909.

H. Munk läßt in dem vorliegenden Bande eine neue Folge seiner Arbeiten, die bisher mit wenigen Ausnahmen nur in den Berichten der Berliner Akademie erschienen waren, erscheinen. Die Arbeiten erstrecken sich auf den Zeitraum von 1891—1908. Nachdem auch die Arbeiten von Hitzig gesammelt erschienen sind, ist diese Sammlung der Munk'schen Arbeiten geeignet, den Gang der Forschung auf dem Gebiete der Hirnphysiologie in bequemer Weise vor Augen zu führen. Lewandowsky.

M. Nonne: Syphilis und Nervensystem. 19 Vorlesungen. Zweite Aufl. Berlin 1909. 699 S.

Die vorliegende zweite Auflage von Nonne's Syphilis und Nervensystem ist wesentlich umfangreicher als die erste. Die Fortschritte der Syphilislehre machten eine solche Vergrößerung notwendig. Wie sehr der Verfasser allen Fortschritten der Syphilislehre gefolgt ist, möge man z. B. daraus ersehen, daß die Komplementablenkung der Gegenstand einer besonderen (der letzten) Vorlesung geworden ist. Mit besonderer Sorgfalt ist vorher die Pathologie der Lumbalflüssigkeit behandelt. In rein klinischer Beziehung hat die Lehre von der Lues nervosa, ferner die benignen Verlaufsformen der progressiven Paralyse besondere Berücksichtigung und Ausarbeitung erfahren. Die Art der Darstellung hat keine Veränderung erfahren. Insbesondere sind überall die eigenen Erfahrungen des Verfassers durch kurze Krankengeschichten belegt. Daneben ist die Literatur fast vollständig verarbeitet. Auf Einzelheiten einzugehen, ist an dieser Stelle wohl unnötig, da das Werk selbst wohl von keinem Neurologen entbehrt werden kann. Lewandowsky.

Raecke: Grundriß der psychiatrischen Diagnostik nebst einem Anhang, enthaltend die für den Psychiater wichtigsten Gesetzesbestimmungen und eine Übersicht der gebräuchlichsten Schlafmittel. Berlin 1908. Verlag von August Hirschwald. 146 S. Preis 3 M.

Ein trefflicher Leitfaden für den Studierenden, wie für den angehenden Irrenarzt. Übersichtlich, klar und kurz ist in ihm alles Nötige enthalten. Im allgemeinen Teil wird Gang der Untersuchung, Erhebung der Anamnese, Aufnahme des somatischen und psychischen Status unter Schilderung der Untersuchungsmethoden dargelegt. Der spezielle Teil schildert die einzelnen Psychosen in prägnanter Kürze im Anschluß an das Lehrbuch von Binswanger und Siemerling. Der Leitfaden wird seinen Zweck voll und ganz erfüllen.
Wickel (Obrawalde).

Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Ernst Remak: Grundriß der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. Zweite Auflage, Urban und Schwarzenberg, 1909.

Als Remak's Grundriß vor 13 Jahren erstmals als Monographie erschien, wurde das Buch wohl allgemein als ein wertvoller Leitfaden begrüßt, wenn auch vielleicht manche finden mochten, daß Remak in der Annahme spezifischer Heilwirkungen der Elektrizität weiter ging, als ihre eigenen Erfahrungen zuließen. Seither hat die Elektrotherapie ihr Anwendungsgebiet erweitert: die Sinusoidaltherapie und die Arsonvaltherapie sind hinzugetreten. In der Elektrodiagnostik erforderte die Kondensatoruntersuchungsmethode die Neuaufnahme in das Buch, die neurotonische und myasthenische Reaktion traten als früher nicht bekannte Reaktionsformen hinzu. So hat das Buch in beiden Teilen eine Erweiterung erfahren müssen, ohne daß doch der Gesamtumfang wuchs; die Literaturangaben sind weniger detailliert als früher. Es ist wohl nicht zu bezweifeln, daß der Grundriß Remak's auch in seiner neuen Auflage beliebt bleiben wird, obwohl er inzwischen in dem Buche von Toby Cohn einen gefährlichen Konkurrenten erhalten hat. Gaupp.

Fedor Krause: Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks nach eigenen Erfahrungen. I. Band. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1908.

Der erste Band dieses pompös ausgestatteten, mit ausgezeichneten farbigen Abbildungen versehenen Werkes enthält die Chirurgie des Gehirns. Der Verfasser beginnt mit der Schilderung der Trepanation, gibt eine genaue Darlegung der Freilegung der hinteren Schädelgrube und erläutert dann das operative Vorgehen bei Cysten, Tumoren, Abscessen des Gehirns und seiner Häute je nach dem Sitz der Erkrankungen. Die kraniocerebrale Topographie, die Hirn- und Ventrikelpunktion werden genau beschrieben, die Lumbalpunktion bei Hirnerkrankungen nur kurz behandelt, wobei die Technik des Verfahrens nicht angeführt wird. Am Schluß wird die Bedeutung des Röntgenverfahrens bei Hirnerkrankungen erläutert. Ist das Buch auch hauptsächlich für den Chirurgen geschrieben, so wird es doch auch der Neurologe gerne studieren, den es interessieren muß, von einem der besten Hirnchirurgen eine anschauliche Darstellung der Wege, auf denen die Chirurgie in das Gehirn eindringt, zu erhalten.
Gaupp.

Sioli: Geisteskrankheiten bei Angehörigen verschiedener Völker. Sonderabdruck aus der Festschrift der 39. Versammlung der deutschen Anthropologischen Gesellschaft zu Frankfurt 1908.

Kritisches Referat über das bisher auf diesem schwierigen Gebiete Bekannte. Das Hauptergebnis des Verfassers ist, daß „alle uns bekannten Nerven- und Geisteskrankheiten bei allen Völkern der Erde wohl vorkommen, daß aber über verschiedene Häufigkeit und verschiedenartiges Auftreten derselben sich Schlüsse bisher nicht mit Sicherheit ziehen lassen". Gaupp.

Bernstein: Experimentell-psychologische Schemata der intellektuellen Störungen bei Geisteskrankheiten. Sep.-Abdr. aus d. „Zeitgenössischen Psychiatrie". Russisch. 1908.

Verfasser stellt sich zur Aufgabe, auf Grund einiger experimentell-psychologischer Untersuchungsmethoden klinische Schemata aufzustellen, die es ermög-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichen, jeden einzelnen klinischen Fall sofort zu diagnostizieren und in eine der bekannten klinischen Gruppen einzureihen.

Er hat sich bisher auf Untersuchungen auf intellektuellem Gebiet beschränkt und speziell Auffassung, Vorstellen, Gedächtnis- und Assoziationstätigkeit untersucht. In vorliegender Arbeit berichtet er über das Verhalten von Paralytikern, Katatonikern und Manisch-Depressiven bei derartigen Versuchen.

Verfasser zerlegt den Auffassungsvorgang in drei Momente: das einfache Erkennen, das Sichaneignen und das Erfassen und Verstehen. Zur Untersuchung aller dieser drei Vorgänge bedient er sich der Methode des Bilderzeigens, und zwar gebraucht er zu dem Zweck Bilderserien, die einen mehr oder weniger komplizierten Vorgang illustrieren. Er achtet darauf, ob die Patienten beim Besehen der Bilder dieselben nur jedes für sich auffassen, oder ob sie das Gemeinsame und das Unterscheidende erkennen, ob sie den leitenden Faden verstehen usw. Er zieht diese Methode der des Geschichtenwiedererzählens vor, da sie die Möglichkeit gibt, den Werdegang des Auffassungsprozesses in seinem Verlauf zu studieren.

Die Vorstellungstätigkeit zerlegt Verfasser ebenfalls in drei Momente; die Fähigkeit des Kombinierens, d. h. des Aufbauens eines Ganzen aus einzelnen Teilen, die Fähigkeit des Verknüpfens und Nebeneinanderstellens der einzelnen Vorstellungen, und drittens die Fähigkeit der kritischen Beurteilung des Neuaufgenommenen auf Grund des schon vorhandenen Vorstellungsmaterials.

Zur Untersuchung der Kombinationsfähigkeit läßt Verfasser Bilder, die auf Holz aufgezogen und in kleine Stücke zersägt sind, zusammenstellen. Hierbei beobachtet er, wodurch sich die Patienten beim Aussuchen und Zusammensetzen der Stückchen leiten lassen, ob sie wahllos die Stücke aneinanderpassen oder ob sie, streng analytisch vorgehend, erst alle Stückchen untersuchen, ob sie beim Zusammensetzen planmäßig synthetisch vorgehen.

Zur Untersuchung der Fähigkeit des Verknüpfens der Vorstellungen läßt Verfasser die Patienten subtrahieren und dividieren, will aber dabei weniger anschauliche Ergebnisse haben, wie bei den anderen Methoden.

Zur Beurteilung der kritischen Fähigkeiten zeigt er den Patienten Bilder, die etwas Widersinniges enthalten, und beobachtet ihre Reaktion darauf.

Das Gedächtnis, speziell die Merkfähigkeit und unmittelbare Reproduktionsfähigkeit, untersucht Verfasser durch Zeigen geometrischer Figuren, jedoch geht er in dieser Arbeit wenig auf diese Methode ein, die schon von seinem Mitarbeiter Bogdanow (Beitr. z. Psychol. d. Aussage, Bd. II, H. 2) bearbeitet worden ist.

Was endlich die Assoziationstätigkeit anlangt, so befolgte Verfasser dabei die Methode des Aufzählenlassens gleichartiger Gegenstände (z. B. roter Gegenstände).

Wollte ich alle Ergebnisse des Verfassers für die einzelnen Krankheitsgruppen wiedergeben, so müßte ich die ganze Arbeit übersetzen. Ich glaube auch nicht, daß sie ganz objektiven Wert haben, den Wert objektiver Schemata. Wie bei allen experimentellen Arbeiten, kommt es nicht nur auf die Ausführung der Versuche an, sondern vor allem und hauptsächlich auf die Deutung der Ergebnisse. Wenn also Verfasser meint, daß derlei Untersuchungen dem jungen Psychiater z. T. vieljährige klinische Erfahrung und den speziellen psychiatrischen Blick ersetzen könnten, so irrt er sich darin. Dem Anfänger in der Psychiatrie werden die Ergebnisse solcher Versuche gar nichts sagen, und der erfahrene Psychiater wird auf Grund der unmittelbaren Beobachtung ohne Experiment

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schneller zum Ziele kommen. Wohl aber glaube ich, daß solche Untersuchungen, auch wenn sie für die Praxis wenig geben, uns doch Kunde geben können über den Mechanismus der psychischen Störungen und somit durchaus ein theoretisch-wissenschaftliches Interesse haben. Wilh. Stieda.

Willy Vogel: Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychosen und zur Prognose der Katatonie. Dissertation. Breslau 1908.

Es gibt keine einheitliche Form des Irreseins im oder nach dem Puerperium. Verf. sucht 38 in den Jahren 1892—97 in der Breslauer Klinik beobachtete Fälle nach klinischen Formen zu ordnen; er hält sich dabei äußerlich an Kraepelin's Einteilung, ohne in Wirklichkeit die Gesichtspunkte der Kraepelin'schen Diagnostik zur Anwendung zu bringen. Von Interesse sind die Ergebnisse der Katamnese so viele Jahre nach der Erkrankung. Leider fehlt auch hier eine scharfe Sonderung; denn unter den sechs „geheilten" Fällen von Katatonie sind zwei nach dem Wortlaut der Katamnese ungeheilte. Die Ergebnisse der Arbeit sind also nur in beschränktem Maße verwendbar. Abraham.

C. Bachem: Unsere Schlafmittel (mit besonderer Berücksichtigung der neueren). Berlin 1909 bei Hirschwald. 72 S.

In der vorliegenden kleinen Monographie bespricht Verf. die heute gebräuchlichen chemischen Schlafmittel, und zwar beschränkt er sich auf die eigentlichen Hypnotica mit Ausschluß der Sedativa, Anodyna usw. Die einzelnen Mittel sind nach ihrer chemischen Gruppierung geordnet. Von jedem werden nacheinander die chemischen und physikalischen, die pharmakologischen und klinischen Eigenschaften, die Nebenwirkungen (Intoxikationen) und die Dosierung besprochen. Hinter jedem Mittel findet man die einschlägigen Literaturangaben. Die außerordentlich übersichtliche Anordnung des Stoffs und die klare Diktion lassen das Büchlein zur raschen Orientierung sehr geeignet erscheinen und auch noch mancher erfahrene Praktiker, nicht zuletzt unter den Neurologen und Psychiatern, wird viele brauchbare Winke darin finden. Kölpin.

G. Kolb: Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte. Halle a. S., Verlag von C. Marhold, 1907. 300 S. Preis 36 M.

Mit der zwölften (Supplements-) Lieferung ist ein Werk vollendet, wie wir ein ähnliches über dieses Thema noch nicht hatten. Es ist eine außerordentlich fleißige Arbeit. Der Teil A bringt das Theoretische, der Teil B das Praktische, Pläne und ihre Besprechung. Die Pläne sind vorwiegend von K., einige von M. Fischer-Wiesloch, einige sind die moderner Anstalten.

Teil A enthält im besonderen: Zeitpunkt des Baues. — Neubau oder Erweiterung? — Statistische Grundlagen. — Die Grundzüge des Programms. — Die Dauer des Programms. — Die Berechnung des Bedarfs an Plätzen. — Die Ziele der praktischen Psychiatrie. — Die Mittel zur Erreichung dieser Ziele. — Die Vereinigung dieser Mittel in der Irrenanstalt. — Äußere Voraussetzungen für die Wirksamkeit der Anstalt. — Die Irrenanstalt in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. — Feststellung der Bestimmung und des Charakters neu zu erbauender Anstalten. — Die Größe der Irrenanstalten. — Die bezüglich der Lage zu berücksichtigenden Verhältnisse. — Feststellung des auf den Kopf der Krankenbevölkerung zu fordernden Grundbesitzes. — Die Verteilung der Kranken inner-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

halb der Anstalt. — Wachabteilungen. — Geschlossene Abteilungen. — Pensionärabteilungen. — Die offenen Abteilungen (Kolonie). — Häuschen für familiäre Verpflegung. — Die Infektionsbaracke. — Die Nebengebäude. — Die Situierung der einzelnen Anstaltsgebäude. — Provisorische Bauten. — Ergänzungsbauten für Anstalten mit veralteten Einrichtungen. — Psychiatrische Durchgangsstationen. — Forens.-psychiatrische Zwischenanstalt (Anstalt für forense gemindert Zurechnungsfähige). — Wie baut man billig? — Privatanstalten. — Anstalten für Epileptiker, Idioten, Nervenkranke, Alkoholiker.

Der Teil B: Eine Heil- und Pflegeanstalt für 300 Kranke. — Eine Heil- und Pflegeanstalt für 400 Kranke. — Eine Heil- und Pflegeanstalt für 500 Kranke. — Eine Heil- und Pflegeanstalt für 600 Kranke. — Eine Heil- und Pflegeanstalt für 700 Kranke. — Eine Heil- und Pflegeanstalt für 300 Kranke. — Eine Heil- und Pflegeanstalt für 400 Kranke. — Eine Heil- und Pflegeanstalt für 300 Kranke. — Wachabteilungen von Heil- und Pflegeanstalten von 500 und 700 Kranken. — Zusammenstellung von Grundrissen von Gebäuden für unruhige, halbruhige, ruhige Kranke; von Pensionärvillen; von Häuschen für familiäre Verpflegung. — Nebengebäude. — Transportable Arbeiterbaracken. — Badeabteilung. — Transportable Infektionsbaracken. — Psychiatrische Durchgangsstationen. — Skizze einer forens.-psychiatrischen Zwischenanstalt. — Privatanstalten: Pavillon für insoziale Kranke beider Geschlechter. — Station für schwere Psychosen. — Die verschiedenen Verwendungsmöglichkeiten eines Pavillons für 14 Kranke. — Pensionärvilla der Privatanstalt Herzoghöhe bei Bayreuth. — Typus Haus „Ideler", Typus Haus „Nasse" der Privatanstalt Schweizerhof bei Berlin. Gebäude für 100 Epileptiker oder Idioten. — Sanatorium Rasemühle. — Nervenheilanstalt für 40 Kranke. — Haus für Alkoholkranke.

Es sollen, vor allem mit den Plänen, Anregungen gegeben werden, nicht Schablonen. Die gründliche Besichtigung moderner Irrenanstalten vor einem Neubau soll dadurch nicht erübrigt werden. Der einzelne soll innerhalb der Grenzen des wissenschaftlich Anerkannten sich selbständig betätigen. Jeder Bau stellt andere individuelle Ansprüche. Ref. möchte sich eher für möglichst große Irrenanstalten entscheiden, auch würden ihm noch mehr einzelne Zimmer für 1—2 Betten an den kleinen Wachsaal für 8—10 Betten angeschlossen empfehlenswert erscheinen. In einer neuen Auflage dürften auch die Be- oder Verwahrungshäuser eine Stelle finden. Wickel (Obrawalde).

IV. Referate und Kritiken.

Krankheiten des Rückenmarkes und der Medulla oblongata.

P. Salecker: Über segmentäre Bauchmuskellähmungen.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 34.)

Es gibt nicht nur totale, sondern auch partielle Bauchmuskellähmungen bei Rückenmarksaffektionen. Die Innervierung der Bauchmuskeln erfolgt nicht multiradikulär, sondern segmentär.

Die Markkerne der geraden Bauchmuskeln reichen nicht so tief hinab wie die der schrägen. Die einzelnen Bauchdeckenreflexe scheinen bezüglich ihrer Rückenmarkslokalisation den jeweiligen Muskelsegmenten zu entsprechen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wie sich aus der anatomischen Untersuchung des Rückenmarks bei einem Fall von segmentärer Lähmung des untersten Teiles des Musc. obliquius ergibt, liegen die medullären Zentren des unteren Drittels der Obliqui in dem elften und zwölften Dorsalsegment, wo auch das Zentrum des unteren Bauchdeckenreflexes zu suchen ist. Kalberlah.

Otto L. Klieneberger: Beitrag zur Symptomatologie der Paralysis agitans.

(Monatsschrift f. Psych. u. Neur., Bd. XXIII, Heft 1.)

Mitteilung zweier Fälle. In einem Falle entwickelte sich die Erkrankung im Anschluß an ein Trauma, in beiden Fällen fanden sich Sensibilitätsstörungen als Ausdruck einer Komplikation mit Hysterie.

G. Oppenheim (Frankfurt).

J. Keutzler: Über experimentelle Rückenmarksveränderungen nach Blutinjektionen.

(Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 60, S. 157.)

Kaninchen, die mehrere Injektionen von je 10 ccm Menschenblut erhalten hatten, gingen nach einiger Zeit, nachdem sich aufsteigende Lähmungen der Extremitäten eingestellt hatten, marantisch ein. An Marchi- und Weigert-Präparaten des Rückenmarks ließen sich keine Faserdegenerationen nachweisen. Dagegen ließen nach Nissl-v. Lenhossek gefärbte Schnitte starke Veränderungen der Ganglienzellen — besonders in den Vorderhörnern des Lendenmarks — erkennen. Die gleichen Ergebnisse hatten mehrfache Injektionen von Rinder-, Schweine- und Kaninchenblut bei Kaninchen, ebenso Injektionen der Filtrate von aufgelösten Blutkörperchen. Dagegen hatten Seruminjektionen keine solchen Folgen. Verfasser bezieht diese Schädigungen auf in den roten Blutkörperchen enthaltene Endotoxine; tatsächlich gelang es ihm auch, durch Injektion von aufgelösten Anthrax- und Typhusbazillen ähnliche Prozesse hervorzurufen.

G. Liebermeister.

G. Rystedt: Über einen Fall von Solitärtuberkel im Rückenmark mit Nebenbefund von sogenannter artifizieller Heterotopie desselben.

(Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 63, 1907, S. 220.)

Auffallend an dem Fall war im Beginn der Erkrankung, daß sowohl die Sensibilitäts- als auch die Motilitätsstörungen sich an dem gleichen Bein fanden. Verfasser erklärt den Befund, der übrigens bald einer vollständigen Paralyse Platz machte, durch die Annahme mehrerer ursprünglich intramedullärer Tuberkel, durch deren Konfluieren der bei der Autopsie gefundene Solitärtuberkel entstanden sei. G. Liebermeister.

H. Köster: Zwei Fälle von diagnostizierten und operierten Tumoren der Rückenmarkshäute.

(Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 63, 1907, S. 31.)

Bei beiden Fällen war eine sichere Lokaldiagnose möglich. Trotzdem die Exstirpation der Tumoren gut gelang, war das funktionelle Resultat kein befriedigendes. G. Liebermeister.

Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Eduard Müller: Über akute Paraplegien nach Wutschutzimpfungen.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 34.)

Es gibt eine äußerst seltene, aber typische Erkrankung des Nervensystems, die von echter Lyssa humana völlig verschieden ist und mit der Wutschutzimpfung in ursächlichem Zusammenhang steht. Ihr wichtigstes Merkmal ist eine prognostisch auffallend günstige, akute Paraplegie der Beine, die sich mit schweren Blasen-Mastdarmstörungen zu verbinden pflegt. Der Sitz des Leidens ist vornehmlich das Rückenmark; mitunter finden sich jedoch Zeichen einer Beteiligung bulbärer Gebiete und vielleicht auch der peripherischen Nerven. Eine besondere Prädisposition von Lebensalter und Geschlecht fehlt. Kalberlah.

O. Crouzon und G. Villaret (Paris): A Case of Acute Ascending Paralysis of Syphilitic Origin.
(Rev. of Neurolog. and Psychiatry 1908, Bd. 6, Nr. 5.)

Bei einem früher syphilitisch infizierten Manne trat nach einer mehrmonatlichen ischiasähnlichen Erkrankung des rechten Beines eine rechtsseitige Hemiparese ein. Die Patellarreflexe verschwanden; beiderseits war Babinski'sches Phänomen vorhanden. Es bestand schmerzhafter Torticollis. In der Spinalflüssigkeit fand sich eine starke Vermehrung der Lymphocyten. Nach vorübergehendem Rückgang der Lähmung und Wiederkehr der Reflexe trat ein von hyperpyretischen Temperaturen begleitetes Coma ein. Auffallend war, daß die Temperatur im After nicht höher war als in der Achselhöhle. Die Erkrankung führte in 8 Tagen zum Tode. Die Autoren fassen sie als eine aszendierende Paralyse mit syphilitischer Ätiologie auf. Abraham.

Renner: Über einen Fall von syphilitischer Spinalparalyse.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 34.)

Der Fall bietet klinisch eine Kombination von beginnender Halsmarktabes mit einer ausgesprochenen spastischen Spinalparalyse, anatomisch eine kombinierte Strangdegeneration, die im Halsmark einen Teil der Hinterstränge und die Pyramidenseitenstrangbahn, im übrigen Rückenmark ausschließlich die Pyramidenseitenstrangbahn betrifft. Kalberlah.

L. Jacob: Ein Fall von Landry'scher Paralyse, kombiniert mit Hysterie, das Bild eines aszendierenden Rückenmarkstumors vortäuschend.
(Neurol. Zentralbl. 1907, S. 264—269, S. 299—308.)

Ein 32jähriges Mädchen, das schon mehrere schwere Krankheiten durchgemacht hatte, erkrankte allmählich mit Schmerzen im Rücken und in den Beinen, Gürtelgefühl, Parästhesien im ganzen Körper, besonders in den Beinen. und zunehmende aufsteigende Schwäche in den Beinen, erst links, dann rechts, während objektiv nichts Wesentliches nachzuweisen war. Eines Tages brach sie zusammen und zeigte völlige (schlaffe) Lähmung beider Beine. Die Kniereflexe fehlten, die Achillessehnenreflexe dagegen waren lebhaft. Daneben zeigte sich Parese aller Muskeln der oberen Extremitäten, der Rückenmuskulatur, Druckempfindlichkeit der Lendenwirbel und in eigentümlicher Verteilung über große Bezirke Anästhesien bzw. Hypästhesien. Im weiteren (afebrilen) Verlauf schritt die Lähmung bis zur völligen Paraplegie und hochgradigen Parese der Rücken- und Bauchmuskeln fort, dazu traten Schwäche der Nacken- und Kaumuskeln

Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

und Störungen der Augenmuskeln, während die Anästhesie nach oben vorrückte. Speichelfluß, starke Hyperhidrosis, Meteorismus, Urinretention, Pulsbeschleunigung vervollständigten den Symptomenkomplex. Dieser bestand einige Tage in voller Höhe, worauf allmählich zum Teil infolge einer energischen Suggestionstherapie alle Symptome (die motorischen Störungen) in umgekehrter Reihenfolge sich zurückbildeten.

Wie J. differentialdiagnostisch näher ausführt, mußte die anfängliche Annahme eines Rückenmarkstumors bald aufgegeben werden. Die Sensibilitätsstörungen führten zur Diagnose der Hysterie, durch die schließlich alle Erscheinungen erklärt werden konnten. Doch hält J. es für wahrscheinlicher, daß es sich um eine Kombination der Landry'schen Paralyse mit Hysterie handelte.

Hoppe (Königsberg).

Wilhelm Filchne und Joh. Biberfeld: Über Motilitätsstörungen nach Kokainisierung verschiedener Rückenmarksstellen.

(Archiv für die ges. Physiologie, Bd. 105.)

Die Verfasser haben — anknüpfend an die Arbeiten von Munk, Borchert und Ewald — über die Folgen von Verletzungen der hinteren Wurzeln und Hinterstränge für die Koordination der Extremitäten an einem ziemlich großen Tiermaterial festzustellen versucht, ob sich durch lokale, eng umgrenzte zeitweilige Ausschaltungen einzelner Rückenmarksabschnitte mittels Kokainisierung genaueres über die der Koordination dienenden anatomischen Gebilde ergibt.

Sie bestätigen die Einflußlosigkeit der langen Hinterstrangsbahnen auf die Koordination, ebenso wie die nach Ausschaltung der hinteren Wurzelgebiete auftretenden Koordinationsstörungen. Sie haben aber außerdem nach Kokainisierung im Gebiet des 5. Hals- und 9. Brustwirbels Störungen der Koordination ohne Verlust der Sensibilität oder Reflextätigkeit beobachtet, bei denen sie nicht sicher entscheiden zu können glauben, ob es sich um Störungen spinaler Koordinationszentren oder Schädigung der Kleinhirnseitenstrangbahn handelt. Die Verfasser scheinen sich mehr der ersteren Auffassung zuzuneigen.

Weitere Versuche und eine schärfere kritische Verwertung derselben werden vielleicht zu einer Entscheidung führen. Die Beobachtungen und Erwägungen der Verfasser sind durchaus geeignet, dazu anzuregen. Warncke.

Zweig: Beiträge zur Begutachtung der Wirbelsäulenverletzungen.

(Ärztl. Sachv.-Ztg. 1908, Nr. 15.)

Unter 323 Begutachtungen aus der Königsberger psychiatrischen Klinik, die in den Jahren 1904—1908 stattfanden, wurde sechsmal eine Wirbelsäulenverletzung gefunden. Nur in einem einzigen Falle war die Verletzung richtig erkannt; nur in einem Falle war eine Röntgenaufnahme gemacht worden, deren Befund jahrelang unbeachtet gelassen wurde. Die Gutachter nahmen Simulation oder meist traumatische Neurose an; die lokale Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule wurde als Spinalirritation aufgefaßt. Die gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems wurde ohne genaue lokale Untersuchung als die Grundkrankheit gedeutet, während sie in Wirklichkeit nur ein Folgezustand war. Ein solcher Irrtum kann um so leichter entstehen, als die Röntgenaufnahme die ersten Veränderungen an der Wirbelsäule oft erst 1—2 Jahre nach dem Unfall entdeckt. Es bedarf daher bei Unfällen, die hinsichtlich ihrer Lokalisation und der nach-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

folgenden subjektiven Klagen auf die Gegend der Wirbelsäule hinweisen, einer wiederholten Röntgenuntersuchung der Kranken. Auch die Auskultation der Wirbelsäule nach Ludloff verdient Beachtung. Schultze (Greifswald).

Giovanni Zunino: Ein Beitrag zur Kasuistik und Differentialdiagnose der Wirbeltumoren.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 34.)

Beginn der Erkrankung mit reißenden Schmerzen und nachfolgender Parese im rechten und später im linken Arm mit Muskelatrophien. Dann entwickelte sich nach einigen Monaten eine Paraparese beider Beine und Blasenbeschwerden traten auf. Druckempfindlichkeit oder Verschiebungen der Wirbel bestanden nicht. In den Beinen blieb die Hypertonie gering, die Sehnenreflexe waren leicht gesteigert, der Babinski und Oppenheim positiv. Sensibilitätsstörungen an den Beinen zunächst von Brown-Séquard'schem Typus, später doppelseitig. Schließlich Verfall der Kräfte, Nierenblutung, Cystitis, Dekubitus und Exitus.

Die Diagnose lautete auf extra- oder intramedullären Tumor in der Höhe des 7. Cervicalsegmentes. Bei der Sektion fand sich, trotzdem alle Erscheinungen von seiten der Wirbelsäule gefehlt hatten, eine Geschwulstmetastase im Bogen des 7. Halswirbels, die nach dem Wirbelkanal hin prominierte, und außerdem ein kleiner extraduraler Tumor im unteren Dorsalmark. Mikroskopisch bestand ein ausgedehnter Faserzerfall in der Länge des ganzen Rückenmarks vom Ende des Cervicalmarkes abseits, teils diffuser, teils systematischer Natur. Kalberlah.

Renner: Über falsche Lokalisation der Schmerzempfindung bei Rückenmarkskompression.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 34.)

Bei einer Kompressionsmyelitis durch einen Tumor (Hypernephrom) in der Höhe des 7. Brustwirbels fand sich Hypästhesie (für Schmerz und Temperatur) bis zur Höhe dieses Wirbels, dann schloß sich ein schmaler hyperästhetischer Hautgürtel an. Schmerzreize, die man nun an den unteren Extremitäten, den Genitalien und unteren Rumpfpartien applizierte, wurden nicht dort, sondern in die hyperästhetische Zone lokalisiert. Renner nimmt an, daß die Erregungen, die in dem hypästhetischen Gebiet zustande kommen, auf den intakten Bahnen bis zur Kompressionsstelle fortgeleitet werden und hier auf die aus der überempfindlichen Zone stammenden Bahnen überspringen. Kalberlah.

Vergiftungen.

Kutner (Breslau): Der pathologische Rausch.

(Mediz. Klinik 1908, Nr. 36.)

K. bespricht die Symptomatologie, Prognose, Therapie und forensische Beurteilung des „pathologischen" Rausches, dessen Umgrenzung gegenüber dem „einfachen" vielfach nicht möglich ist, und der überhaupt nur aus praktischen strafrechtlichen Gründen diesem gegenübergestellt wird. Mit Recht weist K. am Schlusse darauf hin, daß die öffentliche Sicherheit gegen Individuen mit Neigung zu pathologischen Rauschzuständen, besonders in der Großstadt, mangels gesetzlicher Handhaben (Entmündigung, zwangsweise Anstaltsbehandlung) nicht genügend geschützt ist. Liebetrau (Hagen i. W.).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

D. Holitscher: Zur Frage von den Abstinenzdelirien.

(Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, X. Jahrg., Heft 14—17.)

Holitscher wendet zur Klärung der Frage von den Abstinenzdelirien die wissenschaftlich nicht ganz einwandfreie und meist wenig ergiebige Methode der Rundfrage an. Die Stellung, die die einzelnen Psychiater, Direktoren der Anstalten und Vorstände der Kliniken zur Alkoholfrage einnehmen, ist eine ganz verschiedene; großem Beobachtungsmaterial wird hier eine große Bedeutung zukommen. Die Anschauung der an Zahl nicht geringen Psychiater sowie die Erfahrungen der Leiter von Trinkerheilstätten, daß plötzlicher Entzug der alkoholischen Getränke keineswegs in direkten kausalen Zusammenhang mit dem Ausbruche des Deliriums gebracht werden müsse, wird mit der Zeit wohl auch die entgegengesetzte Meinung der Internierten und Chirurgen beeinflussen; ob dies auch der mehr agitatorisch gedachten Arbeit Holitscher's gelingen wird, scheint mir zweifelhaft. Wittermann (München).

Karl Abraham: Die psychologischen Beziehungen zwischen Sexualität und Alkoholismus.

(Zeitschr. f. Sexualwissenschaft 1908, 8. Heft.)

Verfasser, bekanntlich ein Anhänger Freud's, legt in kurzen allgemeinen Ausführungen dar, welche Wirkungen der Alkohol auf die Sexualität der Menschen ausübt und welche Verwandtschaft die Alkoholstimmung mit gewissen psychosexuellen Phänomenen aufweist. Bekannte Tatsachen im Lichte der Freud'schen Anschauungen. Gaupp.

Henry A. Cotton: Alcohol as an etiological factor in mental disease.

(American Journal of Insanity, Bd. LXIV, Nr. 4.)

Cotton bespricht in klarer, übersichtlicher Weise die Rolle, die der Alkohol als direkte, indirekte und keimschädigende Ursache von Geisteskrankheiten spielt; mit Recht weist er gleich zu Beginn darauf hin, daß das Publikum schnell bereit war, die Gefahr zu sehen und den ärztlichen Ratschlägen zu folgen, als man es auf den Zusammenhang zwischen Malaria und den Moskitos aufmerksam machte, daß es sich aber gegen die Bestrebungen, welche sich die Bekämpfung des Alkoholismus und der Geschlechtskrankheiten zur Aufgabe machten, durchaus ablehnend verhielt. Die Zahlen, welche Cotton bringt, stammen meist aus deutschen bekannten Arbeiten, insbesondere aus dem Jahresberichte über 1904 und 1905 der Münchener psychiatrischen Klinik. Mit ihnen vergleicht Cotton die Angaben des Dauvers Insane Hospital; er findet die Aufnahmezahl der Delirium tremens-Fälle hier dreimal so groß als in München und führt das auf den Genuß von gebrannten alkoholischen Getränken zurück. Die Zahlen über die alkoholische Aszendenz der Idioten in der Schweiz kommen allerdings nicht von Forel, wie Cotton annimmt, sondern von Bezzola. Wittermann (München).

Otto Juliusburger (Steglitz): Ein Fall von akuter Bewußtseinsstörung alkoholischer Ätiologie.

(Neurol. Zentralbl. 1906, Nr. 16, S. 741—748.)

Ein 33jähriger, erblich ziemlich erheblich belasteter junger Mann, der gegen Alkohol sehr empfindlich war und gewöhnlich schon nach wenigen Gläsern Bier kratzbürstig, knurrig oder ganz still wurde, geriet, nachdem er

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

abends zirka vier Gläser Bier getrunken und die Nacht angeblich zu Haus geschlafen hatte, am nächsten Morgen in eine Art „Traumzustand". Er fuhr, anstatt ins Geschäft zu gehen, planlos umher, ohne auf den Weg zu achten, und von einem Bahnhof, auf den er gelangt, mit der Eisenbahn in eine Nachbarstadt. Dabei dachte er nicht daran, daß er eine Stellung hatte und ins Geschäft mußte, auch sein Name war ihm zeitweise nicht geläufig. Auch als er schließlich nach Berlin zurückkehrte, irrte er, ohne daß ihm einfiel, wo er wohnte, ziellos umher, gelangte in einen Vorort, fiel dort in einen See, rettete sich durch Schwimmen, übernachtete in einem Gasthaus, irrte am nächsten Morgen wieder stundenlang umher, bis er an eine Station kam, von der er nach Berlin zurückfuhr. Der Platz an dem Berliner Bahnhof kam ihm ganz fremd vor. Er irrte dann wieder stundenlang in Berlin umher, ohne zu wissen, wie er heiße und wo er wohne, bis ihm schließlich seine Straße einfiel und er nach Haus gelangte. Von dort wurde er am nächsten Morgen in die Anstalt gebracht. Hier schlief und träumte er viel, und sah seine tote Schwester im Traume, erholte sich aber nach einigen Tagen vollständig. J. bezeichnet den Zustand als autopsychische Disthymie.

Hoppe (Königsberg).

Kürbitz: Zur pathologischen Anatomie des Delirium tremens.

(Archiv f. Psychiatrie, Bd. 43, Heft 2.)

Verfasser veröffentlicht neun Fälle von Delirium tremens mit mikroskopischem Befund. In allen Fällen fanden sich mehr oder minder ausgesprochene Faser- und Zelldegenerationen akuter und chronischer Natur in den untersuchten Hirnteilen und im Rückenmark. Lymphscheideninfiltrate und Plasmazellen fanden sich in keinem Fall. G. Oppenheim (Freiburg).

Heilbronner: Trunkenheitsdelikte und Strafrecht.

(Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 13, S 657 ff.)

H. hat bei seiner Besprechung nur Zustände einfacher Trunkenheit im Auge. Solange nicht eine durchgreifende Änderung unserer Strafgesetzgebung erfolgt ist, ist es nicht nötig, daß wir als Psychiater allzu energisch auf unsere Zuziehung als Sachverständige bei der Behandlung von Trunkenheitsdelikten andrängen. Es ist auch nicht Sache des Sachverständigen, dem Richter behilflich zu sein, die Grenzen des „sinnlosen Rausches" abzustecken. Zu einem Gutachten aufgefordert, kann er sich damit begnügen, als Resultat seiner Untersuchung eventuell mitzuteilen, daß er nur die Symptome der Trunkenheit, eventuell der „Alkoholintoxikation" festgestellt hat. Bei der Behandlung der Delikte von Gelegenheitstrinkern bleibt es am besten bei der bisherigen Praxis. Die größere Gefährlichkeit des Gewohnheitstrinkers erheischt ihm gegenüber andere Maßregeln. Während bei dem Gelegenheitstrinker nur mit der Möglichkeit des Rezidivs gerechnet werden muß, besteht bei der Mehrzahl der Gewohnheitstrinker ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit, bei nicht wenigen fast die Gewißheit des strafrechtlichen Rückfalls. Von dem Ausdruck Trunksucht wäre abzusehen. Besser ist „Gewohnheitstrinker". Was Gewohnheitstrinker ist, das wäre ohne Mitwirkung des Arztes festzustellen. Auch der nicht im engeren Sinne geisteskranke Gewohnheitstrinker ist im Gefängnis gut aufgehoben, sowohl hinsichtlich Abstinenz, wie Arbeit. Der Trinkerheilanstalt wird bei den Reformvorschlägen zu große Bedeutung beigemessen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sie ist aber nicht zu entbehren, falls nach Ablauf der Strafe noch Zwangsbehandlung zu verhängen wäre. In diese Trinkeranstalten wären auch die wegen pathologischen Rausches Exkulpierten und die an alkoholischen Psychosen Leidenden einzuweisen. Nach Entlassung aus Gefängnis oder Trinkeranstalt hat Fürsorge durch Trinkerfürsorgevereine für die Entlassenen einzutreten. Jede Entlassung hat bedingt zu erfolgen und zwar mit der Maßgabe, daß jeder Rückfall in die Alkoholgewohnheiten die zwangsweise Wiederaufnahme in einer Trinkeranstalt zur Folge hat. Theoretisch wäre es wünschenswert, zivilrechtliche Maßnahmen zu finden, die es möglich machen würden, den Trinker einer Zwangsbehandlung zu unterwerfen, bevor er sich überhaupt strafbar macht. Besserung ist in letzter Linie nur von einer Bekämpfung der Trunksucht und des Trinkers zu erwarten. Wickel (Obrawalde).

Hankeln: Ein Fall von Bromismus.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXV, 3.)

Die Kranke hatte in 3 Wochen ungefähr 150 g Brom genommen. Der Zustand bestand in Verwirrtheit, Schlaflosigkeit, Delirien; starker Hemmung, Störung der Merkfähigkeit, Störungen von Sprache und Schrift. Gesteigerte Sehnen-, abgeschwächte Pupillen-, Konjunktival- und Cornealreflexe. Alle Erscheinungen gingen nach Wegfall der Brommedikation zurück.

Verfasser bespricht die Entstehung der Bromvergiftung, wie sie sich nach den Arbeiten von Laudenheimer, Hoppe und Kunkel ergibt, als Verdrängung des Chlornatrium im Blute durch Bromnatrium, zu mehr als $^1/_3$ seiner Menge.

Er warnt im Anschluß an diesen Fall davor, den Patienten die Dosierung des Broms durch Auslieferung größerer Mengen selbst zu überlassen.

Chotzen.

W. R. Gowers: Pseudo-Myasthenia of Toxic Origin (Petrol-Fumes).

(Review of Neurology and Psychiatry, Jan. 1908.)

Ein Offizier, der in einer Faktorei dauernd in einer Atmosphäre von Petroleumdämpfen tätig war, erkrankte unter den Symptomen der Myasthenie, Schluck- und Schlingbeschwerden. Schnelle Erschöpfbarkeit der Sprachmuskeln, nach 3—4 minutigem Sprechen war die Sprache völlig unverständlich. Parese der Orbicularis palpebrarum ohne Minderung der elektrischen Erregbarkeit. Der Affektreiz ging in einigen Monaten völlig zurück nach Aussetzen der Tätigkeit, um nach Wiederaufnahme der Beschäftigung in einer Atmosphäre von Petroleumdämpfen in genau gleicher Weise wieder zu erscheinen, und dann zum zweiten Mal zu heilen. Gowers meint demnach, daß es sich um eine durch die Einatmung von Petroleumdämpfen verursachte Art von Myasthenie gehandelt hat.

Lewandowsky.

Loewenthal: Über den Brunnenrausch.

(Mediz. Klinik 1908, Nr. 14.)

In Kurorten mit stark kohlensäurehaltigem Wasser wird bei einzelnen Patienten im Beginne oder innerhalb der ersten Tage des Kurgebrauches Neigung zu Schwindel, Kongestionen, Kopfschmerz, Benommenheit, Aufgeregtheit beobachtet. Letztere kann sich zu erheblicher Erregung mit Störung der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

örtlichen und zeitlichen Orientierung steigern. Der Zustand schwindet spontan nach einigen Tagen. Der Mechanismus seiner Entstehung ist noch unbekannt.

Kutner (Breslau).

W. G. Huet (Haarlem): Neuritis, verursacht durch Creosotum phosphoricum.

(Neurol. Zentralbl. 1907, S. 60—69.)

H. teilt 7 Fälle eingehend mit, die er als klinisch zugehörig zur Arsen-Phosphor-Neuritisgruppe betrachtet. H. ist geneigt, dem Phosphorsäure-Radikal die Ursache an der Vergiftung zuzuschreiben. Wie dieses allerdings und in welcher Lage giftige Eigenschaften entfalten kann, bleibt unbekannt.

Hoppe (Königsberg).

Blumenthal (Berlin): Zur Frage der Entgiftung des Chloralhydrats.

(Med. Klinik 1908, Nr. 21.)

Die Bestrebungen, die giftigen Eigenschaften des Chlorals zu beseitigen, haben bisher zu keinem befriedigenden Resultat geführt. Jetzt ist ein (chemisch nicht einheitlicher) Körper hergestellt durch Kombination von Antipyrin mit Chloral und dem Ester der Karbaminsäure unter Zufügung von Menthol. Die Vereinigung, welche für den Fall praktischer Bewährung den Namen Eglatol erhalten soll, ist eine dickflüssige wasserhelle Flüssigkeit von aromatischem Geruch. Es scheint nach Blumenthal's Versuchen zu 0,5—1 g ein gutes Sedativum zu sein. Weitere Prüfungen müssen die Brauchbarkeit des Mittels feststellen.

Liebetrau (Hagen i. W.).

H. Stursberg: Beitrag zur Kenntnis der Nachkrankheiten nach Kohlenoxydvergiftung.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenkrankheiten, Bd. 34.)

1. Bisher gesunder 31jähriger Arbeiter erleidet eine ungewöhnlich schwere Wassergasvergiftung. Nach Rückkehr des Bewußtseins sehr starker Nystagmus, nach einigen Monaten Reflexsteigerungen, Babinski'sches Zeichen, Sehstörungen. Unaufhaltsames Fortschreiten der Erkrankung, so daß $2^1/_4$ Jahre nach der Vergiftung völlige Lähmung des rechten Armes, starke spastische Parese der Beine, geringere Parese des linken Armes, verbunden mit schweren Störungen auf sensiblem Gebiete, Veränderungen im Bereiche verschiedener Gehirnnerven usw. bestehen.

2. Bis dahin völlig gesunder Mann erleidet eine schwere Gichtgasvergiftung. Neben subjektiven Störungen geringer Art und geringem Zittern der Hände findet sich 4 Monate später eine sehr erhebliche Pulsbeschleunigung ohne Zeichen von Herzschwäche usw. $1^1/_4$ Jahre nach Eintritt der Vergiftung besteht die Tachykardie unverändert fort bei nunmehr etwas erhöhtem Blutdruck; außerdem ist jetzt eine nicht unbedeutende Steigerung der Sehnenreflexe bei herabgesetzten Bauchreflexen und ein Intentionszittern von wechselnder Stärke nachweisbar. Zustand dann stationär.

Die beiden Krankheitsfälle, von denen der erstere der multiplen Sklerose ähnelt, der zweite an eine Basedow'sche Erkrankung erinnert, müssen zweifellos als Folgezustände einer CO-vergiftung gedeutet werden.

Kalberlah.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wolters (Rostock): Über Veronal und Veronalexantheme.

(Mediz. Klinik 1908, Nr. 6.)

W. fügt den bisherigen Beobachtungen von Exanthemen nach Veronalgebrauch zwei neue hinzu. Einmal trat nach 6 Dosen zu 0,5 g als Kumulativwirkung neben Kopfdruck und leichter Benommenheit ein ausgedehnter scharlachähnlicher Ausschlag bei einem starken Neurastheniker, im anderen Falle bei einer älteren Hysterica nach einer einmaligen Gabe von 0,5 g eine über den ganzen Körper ausgedehnte Urticaria auf. W. rät, nur kleine Dosen des Mittels, besonders bei Frauen, zu verabreichen und sie eventuell zur Erhöhung der Schlafwirkung mit Morphium zu kombinieren.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Otto Rigler: Über die nervösen Störungen bei Schwefelkohlenstoffvergiftung.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 33.)

Verfasser kommt auf Grund seiner zahlreichen, genau beobachteten Fälle zu folgendem Ergebnis: Die Erscheinungen der Schwefelkohlenstoffvergiftungen gleichen oft in vielen Punkten denen einer einfachen Hysterie, z. B. in der Form der Sensibilitätsstörungen, lassen sich aber doch als wirkliche Intoxikationen erweisen. Hierzu ist erstens wichtig die Aufnahme einer sehr genauen Anamnese, schon aus dem Grunde, um festzustellen, daß es sich um vorher ganz gesunde Leute gehandelt hat, und zweitens ist zur Klarstellung der Diagnose die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit (Herabsetzung derselben) und die Untersuchung der Augen (bes. temporale Abblassung der Papillen) von großer Wichtigkeit.

Interessant ist, daß die Beobachtungen ergeben haben, daß infolge der größeren Vorsicht der Arbeiter und der weit besseren Schutzmaßregeln das Krankheitsbild der Schwefelkohlenstoffvergiftungen in den meisten Fällen ein leichteres geworden ist. Kalberlah.

Erkrankung der peripheren Nerven und Muskeln.

Jakob Stern: Über ein bisher unbekanntes Hornhautphänomen bei Trigeminusanästhesie.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, XLVI, 1908, S. 465.)

Bei einer stark in der Ernährung herabgekommenen Patientin mit einem Reizzustande beider Nervi supraorbitales und anästhetischen Hornhäuten fanden sich in den Hornhäuten zahlreiche dicht unter oder in dem Epithel liegende graue Punkte, über denen die Oberfläche anscheinend unverändert war. Die Punkte verschwanden während der Beobachtung innerhalb einiger Minuten allmählich vollständig, um nach kurzer Zeit plötzlich wieder aufzutreten. Diese merkwürdige Erscheinung wiederholte sich vielfach und konnte zwei Monate hindurch beobachtet werden. Nach dieser Zeit verschwand sie, nachdem sich unter roborierender Diät die Sensibilität der Hornhaut wieder hergestellt hatte. Verfasser glaubt, daß es sich um Flüssigkeitsschwankungen in der Cornea handle, vielleicht bedingt durch eine Schädigung der Hornhautepithelzellen infolge der Funktionsstörung des Trigeminus. Groenouw (Breslau).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Emanuel Herczel: Drei Fälle extrakranieller Trigeminusresektion.
(Budapesti orvosi ujság, chirurg. Beilage, 1908, Nr. 2. Ungarisch.)

Die peripheren Trigeminusresektionen sind nach Verfasser darum meist erfolglos, weil sie zu lange medizinisch behandelt werden und die anfangs periphere Erkrankung bei der späten Operation bereits zentral gedrungen ist. Die intrakranielle Operation (Exstirpation des G. Gasseri) ist trotz ausgearbeiteter Technik noch gefährlich — 11—22 % Primärmortalität. Deshalb empfiehlt Verfasser extrakranielle Resektion, Durchschneidung des zweiten oder dritten Astes knapp beim Austritt aus der Schädelhöhle. Hierzu wendet Verfasser die Krause'sche Modifikation der Krönlein'schen Methode an. Bericht über drei Fälle, welche auf diese Weise vollkommen geheilt wurden; Mundsperre durch Kontraktion trat bloß in einem Falle ein, konnte aber durch Massage ziemlich behoben werden.

Epstein (Nagyszeben).

Orbison: Herpes of the membrana tympani: due to zosteroid affection of the petrosal ganglion.
(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Aug. 1908.)

Fälle von Herpes des Trommelfells sind außerordentlich selten. Verfasser teilt einen derartigen Fall mit. Die Erkrankung ist zurückzuführen auf eine Entzündung des Ganglion petrosum des Glossopharyngeus. Auf die anatomischen Auseinandersetzungen des Verfassers hier einzugehen, würde zu weit führen.

Kölpin.

K. Petrén und G. Bergmark: Über Sensibilitätstörungen bei und nach Herpes zoster, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis vom Verlaufe der Bahnen der Hautsinne.
(Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 63, 1907, S. 91.)

Eine echte Hyperalgesie, d. h. Herabsetzung der Reizschwelle für Schmerzempfindung, fand sich in zwei unter 13 Fällen im Bereich des Zoster; bei dem einen dieser Fälle war der Unterschied gegenüber der gesunden Seite kein sehr großer. In zehn unter 13 Fällen war der Schmerzsinn herabgesetzt, in sechs Fällen — unter elf darauf untersuchten — auch die Temperaturempfindung. Tastsinnstörungen waren nur unter den Fällen mit völliger Analgesie vorhanden; sie sind seltener als die Störungen aller übrigen Empfindungsqualitäten. Bei drei Fällen fehlten jegliche Störungen der Sensibilität.

Aus dem Verhalten der verschiedenen Empfindungsqualitäten schließen die Verfasser, „daß eine Überlagerung zwischen den Innervationsgebieten der verschiedenen Spinalganglien der Thorakalnerven des Schmerzsinnes, wenn überhaupt, so wenigstens nur in geringer Ausdehnung vorkommt". Das gleiche gilt für die die Temperaturempfindungen vermittelnden Fasern. Dagegen scheinen bei den Fasern, die den Tastsinn leiten, Überlagerungen reichlicher vorzukommen. Wenigstens sind bisher Störungen des Tastsinnes nur beobachtet bei Fällen, wo der Zoster sich auf die Innervationsgebiete von wenigstens drei Spinalganglien erstreckt hat.

G. Liebermeister.

O. Ziemssen: Heilung der Ischias.
(Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie, Febr. 1908.)

Verfasser kennt nur eine wirksame lokale Methode der Ischias, die warme Dusche mit Massage im warmen Bade, die zuerst in Aix-les-Bains angewandt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurde. Nutzen kann aber auch diese Methode nur schaffen bei einer gleichzeitigen, dem Fall genau angepaßten Allgemeinbehandlung.

Lewandowsky.

A. Pártos: Zur Balneotherapie der Ischias.

(Budapesti orvosi ujság, 1908, Nr. 26. Ungarisch.)

Verfasser empfiehlt bei der neuritischen Ischias die Anwendung möglichst heißer Schwefelbäder (bei 36—40—41° C.), indem er mit 36° beginnt und schon nach wenigen Tagen bis zur anwendbaren Höchsttemperatur ansteigt. Gleichzeitig wendet Verfasser ausschließlich den faradischen Strom an: größere Elektrode am Kreuzbein, die kleinere auf die verschiedenen Druckpunkte, Strom einschleichend bis zur höchsten Stromstärke, welche der Kranke verträgt. Dabei kommt Massage, Anwendung rauhleinener Unterwäsche (welche durch steten mechanischen Reiz ein angenehmes Wärmegefühl hervorruft) und Diät in Betracht.

Epstein (Nagyszeben).

W. v. Bechterew: Über die Hervorrufung von Schmerzen bei Ischias durch Hyperextension und über die Unfähigkeit, beide Beine zu strecken.

(Neurol. Zentralbl. 1907, S. 1102—1110.)

B. hat das von Montard-Martin bei Ischias beschriebene Phänomen, daß Flexion des gesunden Beines im Hüftgelenk Schmerzen im affizierten Bein hervorruft (Soc. des hôp. 1907), schon 1906 beobachtet. Es ist nach B. recht konstant in Fällen von Ischias der Wurzeln und infolge von Neubildungen der Cauda equina, und tritt dann in der Tiefe des Kreuzbeins auf, sonst aber hat es B. vermißt. Ferner hat B. bei Kranken mit Ischias beobachtet, daß sie, wenn man das kranke Bein am Unterschenkel faßt, das Kniegelenk flektieren (um instinktiv der Hyperextension entgegenzuwirken) und daß bei Druck auf das Knie, um das Bein gerade zu richten, Schmerzen im Verlauf des Ischiadikus (Wade und Tuber ischiadikum) auftreten. Auch das Hering'sche Phänomen hat B. (wie andere Autoren) in letzter Zeit häufig bei Ischias beobachtet. In schweren Fällen von Ischias kann die kranke Extremität im Sitzen gewöhnlich nur bis zu einem gewissen Winkel gestreckt werden, ist aber das gesunde ausgestreckt, dann kann das kranke nicht mehr gestreckt, ebenso können nicht beide zugleich gestreckt werden. Mit dem Nachlassen der Ischiasschmerzen geht auch diese Erscheinung zurück. Die Erklärungen von Grasset und Bychowik, die das gleiche Phänomen bei cerebraler Hemiplegie beobachtet haben, sind hier unzulänglich. B. meint, daß seine Entstehung mit der Verteilung der Innervation bei einseitiger und zweiseitiger Muskelkontraktion zusammenhängt.

Hoppe (Königsberg).

J. Robinsohn: Besteht ein Zusammenhang zwischen den sogenannten Beckenflecken und Ischialgien und Ureterenkoliken?

(Blätter f. klin. Hydrotherapie 1907, Jahrg. XVII, Nr. 8.)

Ein etwa 50jähr., sonst gesunder Mann klagt über unbestimmte ischialgiforme Schmerzen im Bereiche der linken Beckenhälfte, Gesäß und Kreuz, die seit etwa 5 Jahren bestehen und im letzten Jahre an Heftigkeit zunahmen. Eine Ischiadikuserkrankung war auszuschließen. Die Röntgenaufnahme ergab einen interessanten Befund. Das Bild der entsprechenden (linken) Beckenhälfte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeigt die Schatten von drei kalkdichten Gebilden, Konkrementen, von denen zwei kuglig, etwa kleinerbsengroß sind und unmittelbar hinter der Spina ossis ischii liegen, während das dritte länglich-nierenförmig ist und sich nach hinten und zum Teil nach unten vom Tuber ossis ischii projiziert. In der rechten Beckenhälfte fehlt dieser Befund. Die gleichen Gebilde hat schon früher Albers-Schönberg unter dem unbestimmten Namen „Beckenflecke" beschrieben; auch Reichmann hat sie gesehen. Über ihre Bedeutung ist man nur auf Vermutungen angewiesen. Man hat sie bisher entweder als Phlebolithen, oder verkalkte Einlagerungen in die Beckenmuskeln, oder als ebensolche in die Beckenligamente gedeutet. Indessen hält keine dieser Erklärungen einer Kritik Stand. Noch weniger sind wir über die Natur dieser Gebilde unterrichtet. Man hat sie gefunden bei Untersuchungen auf schmerzhafte Zustände, die den Verdacht auf Konkremente im Ureter resp. in der Niere erweckten, sodann im vorliegenden Falle (anscheinend dem ersten) bei einem schmerzhaften Zustande, der auf den N. ischiadicus hinweist, und drittens als „Nebenbefund" bei anderweitigen traumatischen oder pathologischen Zuständen der Beckenorgane, die nicht in der Gegend der Beckenflecke lokalisiert waren. Verf. glaubt einen Zusammenhang der Beckenflecke mit dem Ischiadikus im vorliegenden Falle annehmen zu dürfen. Er will durch den vorliegenden Aufsatz zur weiteren Klärung der immer noch unklaren Sachlage die Anregung geben, daß man bei ischiasähnlichen Erkrankungen einmal auf das Vorhandensein von Beckenflecken achten möchte. Buschan (Stettin).

Sv. Homemann: Om Behandling af Ischias med blodig Nervestraekning.

(Ugeskr. f. Läg. 1908, Nr. 14.)

Empfehlung der blutigen Nervendehnung in der Behandlung der Ischias. Mitteilung von 14 in dieser Weise behandelten Fällen; nur in einem Fall keine Wirkung; in den übrigen eine „praktische" Heilung, d. h. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder (9 Fälle) völlige Genesung. Die konsekutiven Paresen im Tibialis- oder Peroneusgebiete waren nur in drei Fällen von erheblicherem Belang, gingen doch auch hier bald bis auf kleine Reste zurück. — Die Operation empfiehlt sich auch wegen ihrer Schnelligkeit und leichten Ausführbarkeit.

Wimmer (Kopenhagen).

H. Burton Stevenson (Rider, Md.): Nitroglycerin in the treatment of neuritis.

(Medical Record 1908, Bd. 73, Nr. 20.)

Angeregt durch die wunderbaren Erfolge, die Dr. William Krauss in Buffalo bei Ischias durch Darreichung von Nitroglyzerin erzielt hatte, versuchte Verf. die gleiche Droge in einer Reihe (32) von Fällen von Neuralgie (Ischias, N. des Lumbalplexus, des Brachialplexus, der Intercostalnerven, des Supra- und Infraorbitalis). Davon rechnet er 6 zu den subakuten, 7 zu den chronischen Fällen; die übrigen waren akuter Natur. Die meisten hatten sich im Gefolge von Influenza gezeigt. Neuralgien infolge von Trauma waren nicht darunter.

Verfasser begann mit $^1/_{100}$ Grain, d. i. 0,0006 g Nitroglyzerin, und zwar ließ er zunächst alle 8 Stunden diese Dosis verabreichen, reduzierte aber immer nach 24 Stunden dieses Intervall um 1 Stunde, bis die volle physiologische Wirkung der Droge sich zeigte oder der Kranke alle 3 Stunden die obige Dosis

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erhielt. Bei dieser blieb er stehen. Gegen etwa sich einstellende unangenehme Nebenerscheinungen (Blutandrang, Kopfschmerzen) verordnete er Bromkali.

Der Erfolg dieser Behandlung machte sich bei allen akuten Fällen innerhalb der ersten 24 Stunden schon bemerkbar. Alle akuten (21) Fälle heilten innerhalb der ersten Woche; für die subakuten dauerte die Kur etwas länger, ungefähr 2 Wochen. Dagegen waren die Ergebnisse bei den chronischen Fällen nicht so brillant: sie wurden aber doch sichtlich gebessert. In diesen Fällen wurde noch Jodkali oder Jodammonium nebenbei dargereicht.

Buschan (Stettin).

v. Sarbò: Zwei Fälle Landry'scher Paralyse.

(Orvosi Hetilap 1908, Nr. 7.)

Die mitgeteilten Fälle, von denen der eine nach 8 Tagen letal ausging, der andere heilte, sprechen in ihrem klinischen Verhalten für eine Läsion der spinalen und höher gelegenen motorischen Nervenzellen. Der erste Fall weicht von dem gewöhnlichen Bilde des Leidens dadurch ab, daß die Lähmungen in absteigender Reihe erfolgten, der zweite Fall, welcher mit Hysterie kombiniert war, war auch dadurch bemerkenswert, daß Muskelschwund und Entartungsreaktion auftraten, bis in der 14. Woche der Erkrankung diesbezüglich vollständige Restitution erfolgte. Verf. teilt die Ansicht Jolly's, daß das normale Verhalten der elektrischen Erregbarkeitsverhältnisse bei der L.'schen Paralyse nur deshalb so sehr betont würde, weil in den rasch mit Tod abgegangenen Fällen die bezüglichen Veränderungen sich gar nicht entwickeln konnten; keinesfalls spreche Muskelschwund und EaReaktion gegen Landry'sche Paralyse. Das frühzeitige und fast konstante Schwinden der Sehnenreflexe deutet Verfasser als ein Zeichen, welches auf den zentralen Ursprung des Leidens hinweise; auch die rasche Aufeinanderfolge der Lähmungen und das Fehlen von Sensibilitätsstörungen stützen diese Annahme. Verf. hebt noch hervor, daß in dem zweiten Falle noch ein halbes Jahr nach dem Abklingen sämtlicher Symptome die Kniephänomene und A.-Sehnenreflexe fehlten.

Epstein (Nagyszeben).

P. Näcke (Hubertusburg): Das Vorkommen von Wadenkrämpfen im orientalischen Gebiet in alter und neuer Zeit. Mediko-historische und folkloristische Studie.

(Neurol. Zentralbl. 1907, S. 792—800.)

N. hat bei zahlreichen Orientalisten über das Vorkommen von Krämpfen und Wadenkrämpfen in den verschiedenen Sprachgebieten eine Umfrage gehalten und ist nach den ihm gemachten Mitteilungen zu folgenden Resultaten gekommen. Krämpfe aller Art lassen sich wohl überall in alten und neuen Zeiten in schriftlichen oder mündlichen Überlieferungen nachweisen und werden auf die Einwirkung von Dämonen bzw. bösen Geistern zurückgeführt. Wadenkrämpfe speziell lassen sich bisher nicht überall nachweisen. Die alten und neuen Literaturen sind zum Teil so ungeheuer groß, daß sie noch nicht genügend durchforscht werden konnten, vieles ist überhaupt noch den Gelehrten unzugänglich. In den modernen Zeiten hat man noch sehr wenig auf Wadenkrämpfe geachtet. Wo aber solche nachweisbar sind, werden sie auch meist auf Dämonen zurückgeführt.

Hoppe (Königsberg).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

W. Lasarew: Beitrag zur Kenntnis der Meralgia paraesthetica anterior (Roth).

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 34.)

Verfasser beschreibt einen Fall isolierter Meralgia paraesthetica anterior, bei dem also nicht im Bereich des N. cut. fem. ext. (Meralgia paraesthetica externa), sondern des Nerv. cut. fem. medius die bekannten Schmerzen und Hypästhesien auftraten. Er vermutet ähnlich, wie bei dem Neißer-Pollakschen Fall, Druck von Drüsen auf die Nerven in der Leistenbeuge.

Kalberlah.

Zoltán Lénárt: Über nasale Kopfschmerzen.

(Budapesti orvosi ujság, laryngologische Beilage 1908, Nr. 1. Ungarisch.)

Verf., selbst ein Rhinologe, bekämpft entschieden die unter den Rhinologen stark verbreitete Übertreibung, daß jeder Kopfschmerz nasalen Ursprunges wäre: selbst dann, wenn neben Kopfschmerz auch ein Nasenleiden besteht, muß in jedem Falle eine gründliche Untersuchung des ganzen Organismus erfolgen, ehe der Zusammenhang zwischen Kopfschmerz und Nasenleiden zweifellos festgestellt werden kann. Besprechung, speziell vom rhinologischen Standpunkte, der verschiedenen Nasenleiden, welche Kopfschmerzen verursachen.

Epstein (Nagyszeben).

R. Dietschy: Über eine eigentümliche Allgemeinerkrankung mit vorwiegender Beteiligung von Muskulatur und Integument (Polymyositis interstitialis, Tendinitis calcarea, Sklerodermie).

(Zeitschr. f. klin. Med. 1907, Bd. 64, S. 377.)

Bei einem 13jährigen Mädchen hat sich im Laufe der Jahre eine allgemeine Atrophie der gesamten Skelettmuskulatur verbunden mit schmerzlosen sklerodermatischen Veränderungen an Händen und Gesicht ausgebildet. Während des Fortschreitens der Krankheit brechen Geschwüre und Fisteln auf, aus denen sich einige Male kohlensaurer Kalk entleert. Derselbe stammt aus Depots, die sich vorzugsweise in den Sehneninsertionen oder um dieselben herum gebildet haben. In den späteren Stadien der Krankheit traten Sehnenkontrakturen, vor allem an den Knien und Ellenbogen, auf und der Tod erfolgte schließlich in hochgradiger Kachexie.

Das anatomische Substrat des Leidens besteht in der Haut in einer mäßigen Atrophie und Rundzelleninfiltration um einzelne Gefäße; in der quergestreiften Muskulatur in zahlreichen Rundzellenherden und beträchtlicher Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes, wobei die Muskelfasern atrophieren. Außerdem finden sich spärliche Infiltrate, häufig perivaskulär, in der Muskulatur des Herzens, der Harnblase, des Uterus, während die übrigen inneren Organe sowie das Zentralnervensystem intakt bleiben. In den peripheren Nerven haben sich neben interstitiellen Prozessen auch geringgradige parenchymatöse etabliert.

G. Liebermeister.

Jacoby: Peripheral facial diplegia and palatal involvement.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, März 1907.)

Im allgemeinen ist man heute wohl der Ansicht, daß der weiche Gaumen nicht vom Facialis, sondern vom Vago-Accessorius innerviert wird. Nun gibt es Fälle von beiderseitiger peripherer Facialislähmung, bei denen das Gaumensegel

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ebenfalls betroffen ist. Dies letztere ist aber dann doch nur verhältnismäßig selten der Fall, und man muß dann stets darauf fahnden, ob nicht noch irgendwelche Symptome aufzufinden sind, die auf eine Affektion des Vagus hinweisen.

Verfasser selbst war in der Lage, vier Fälle von peripherer doppelseitiger Facialislähmung zu beobachten. In zwei Fällen fand sich dabei eine vollständige, in einem eine einseitige Lähmung des Gaumensegels, beim vierten war es vollkommen intakt. In zwei der drei ersten Fälle wiesen verschiedene Symptome auf eine Affektion des Vagus hin, und auch im dritten Falle war zum mindesten eine Beteiligung noch anderer Hirnnerven als des Facialis wahrscheinlich.

Kölpin.

D. Bryson Delavan (New York): The etiology of paralysis of the recurrent laryngeal nervus of peripheral origin.

(Medical Record. 1908, Bd. 74, Nr. 3.)

Eine Studie über die Ursachen der peripherischen Recurrenslähmung auf Grund eigener Erfahrungen und der in der Literatur niedergelegten. Verfasser unterscheidet dreierlei Ursachen:

1. Trauma oder Zerreißung des Nervenstranges,

2. mechanischen Druck auf denselben. Es kommen hierbei in Betracht Vergrößerungen der Thymus-, Schild-, sowie der Broncheal- und Trachealdrüsen, maligne Erkrankungen des Ösophagus, des Nackens und Mediastinums, Aortenaneurysma, Herzkrankheiten (Mitralinsuffizienz durch Druck des vergrößerten Herzens, Perikarditis), fibröse Phthisis der Lungenspitzen, Pneumonie, Pneumothorax, Pleuritis.

3. Vergiftungen, und zwar solche mineralischen bzw. vegetabilischen Ursprungs, und solche infolge von Infektionskrankheiten. Zur ersten Gruppe zählen Arsenik, Jodkali, Jodoform, Blei, zweifelhaft Antimon, Kupfer, Phosphor und Cyankali; Alkohol, Opium, Morphium, Belladonna, Atropin, Indischer Hanf und Kokain; zur zweiten vor allem Typhus, akuter Gelenkrheumatismus, Influenza, Diphtheritis, Typhoid, krupöse Pneumonie, Puerperalfieber, Erysipel, Masern, Scharlach, Gonorrhoe und Serumtherapie. Buschan (Stettin).

Karl Grube: Über intermittierendes Hinken (Dysbasia angiosclerotica, Erb).

(Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 15, S. 800 f.)

Vier typische Fälle. Dreimal linksseitige Erkrankung. In drei Fällen bestand Diabetes bzw. Glykosurie, in einem Falle chronische Schrumpfniere, in zwei Fällen war früherer Tabakmißbrauch zweifellos. In einem Falle trat neben dem Diabetes noch Alkoholmißbrauch ätiologisch in Wettbewerb. Unter 2000 Fällen von Diabetes oder Glykosurie hat Verfasser nur die drei mitgeteilten Fälle von Dysbasie gefunden. Dysbasie ist demnach ein seltenes Vorkommnis bei Diabetes. Auch in den mitgeteilten Fällen erscheint es recht fraglich, ob der Diabetes ätiologisch in Betracht kommt. Wickel (Obrawalde).

V. Meissen-Westergård: Om Nerveläsioner på Halsen ved Glandelexstirpation.

(Hosp. Tid. 1908, Nr. 9—10.)

Mitteilung zweier Fälle von Cucullarislähmung wegen Läsion des N. accessorius bei Drüsenexstirpation am Halse. Daran sich anschließende Ratschläge für die rechte Schnittführung bei Operationen am Halse. Wimmer (Kopenhagen).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

V. Vermischtes.

Im Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig erschien die Rektoratsrede des Berliner Psychologen Carl Stumpf: Vom ethischen Skeptizismus (30 S. Preis 1 M.), sowie die 3. Auflage seiner zwei Vorträge: Leib und Seele. Der Entwicklungsgedanke in der gegenwärtigen Philosophie (62 S. Preis 1,80 M.). Alle philosophisch interessierten Leser des Zentralblattes seien auf diese geistvollen Reden hingewiesen. Gaupp.

Der bekannte Psychotherapeut Professor Paul Dubois in Bern hat im Verlag von A. Francke in Bern ein lesenswertes populäres Buch: Selbsterziehung herausgegeben (268 S.). Der Nervenarzt wird das Buch namentlich psychopathischen Naturen zum Studium empfehlen können. Das Buch ist von Dubois in französischer Sprache geschrieben, von Dr. Ringier in gutes Deutsch übersetzt worden. Das Ganze ist eine von medizinisch-psychologischem Geiste durchtränkte Ethik, wie schon die Überschriften der Kapitel erkennen lassen: Die Eroberung des Glücks. Das Denken. Das Handeln. Das Gewissen. Die Erziehung. Sittliche Einsicht. Egoismus und Altruismus. Gedankeneinkehr. Duldsamkeit. Nachsicht. Demut. Genügsamkeit. Geduld. Tapferkeit. Keuschheit. Aufrichtigkeit. Herzensgüte. Idealismus. Gaupp.

Im Verlag der Gebrüder Borntträger in Berlin erscheint seit September 1908 die Zeitschrift für induktive Abstammungs- und Vererbungslehre, herausgegeben von C. Correns (Botaniker in Leipzig), V. Haecker (Zoologe in Stuttgart), G. Steinmann (Paläontologe in Bonn) und R. v. Wettstein (Botaniker in Wien). Die Redaktion liegt in den Händen von E. Baur (Botaniker in Berlin, N.-W. 7). Gaupp.

Vorläufige Mitteilung.

Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 23. und 24. April 1909 in Cöln und Bonn stattfinden.

Referate:

I. Die Lues-Paralyse-Frage. Ref.: Plaut-München und O. Fischer-Prag.

II. Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranken in gemeinsamer Anstalt. Ref.: Alt-Uchtspringe (im Auftrage der Kommission für Idiotenforschung und Fürsorge).

III. Vorschläge zur Änderung der Strafgesetzgebung (s. Bericht der letzten Jahressitzung, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 65, S. 518 und 521).

Anmeldungen von Vorträgen werden erbeten an Sanitätsrat Dr. Hans Laehr in Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Erstes Februarheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Wahnhafte Einbildungen der Degenerierten.

Von Prof. **Bleuler**, Burghölzli-Zürich.

Birnbaum[1]) beschreibt in seiner bedeutsamen Arbeit „wahnhafte Einbildungen“ resp. Wahnideen, die bei Degenerierten vorkommen und sich auszeichnen durch eine gewisse Oberflächlichkeit, durch Unzulänglichkeit und Schwankungen ihres Realitätswertes, Variabilität und Beeinflußbarkeit des Inhaltes, durch Unbeständigkeit und Flüchtigkeit. Sie sind nicht in ein logisches System geordnet, wie die Wahnbildungen der Paranoia. Die Wahnfabel wird oft in eine Menge von unnötigen Zutaten eingehüllt. „In bezug auf Umfang, Zusammensetzung, Zusammenhang und Gesamtaufbau sind bei diesen Wahnideen so verschiedene, teilweise sogar gegensätzliche Möglichkeiten gegeben, daß jene, die Paranoia charakterisierende Tendenz zur Herausarbeitung eines einzigen, einheitlichen, in sich fest geschlossenen Wahngebäudes nicht als Wesenszeichen der degenerativen Wahnformen anerkannt werden kann.“ Es gibt oft Größen- und Verfolgungsideen nebeneinander. Die Wahnideen können vorübergehend sein oder einige Jahre dauern, plötzlich oder langsam auftreten (wenn auch nicht so chronisch wie bei der Paranoia), plötzlich oder langsam verschwinden, definitiv fortbleiben oder beliebig oft wieder erscheinen.

Die Wahnideen kommen und gehen meist nicht aus inneren Gründen, sondern bei bestimmten Anlässen, namentlich erscheinen sie, wenn die Patienten verhaftet oder angeklagt werden; sie verschwinden oft in günstigeren Verhältnissen, so daß alle Komponenten des Verlaufes durch äußere Umstände bestimmt sind. Der Wahnprozeß entspringt also nicht Änderungen im Grundzustand des Individuums, es handelt sich um

[1]) Birnbaum, Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen. Mit einem Vorwort von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. C. Moeli, Berlin. Halle, Marhold, 1908.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

irgendwie ausgelöste, episodische Erscheinungen auf einer dauernden krankhaften Basis.

Die wahnhaften Einbildungen entsprechen häufig bestimmten Wünschen (reich zu sein; frei zu werden; Widersacher, wie den Staatsanwalt, möglichst schlecht hinzustellen; dem Wunsch krank zu sein); die dem Wahn widersprechenden Vorstellungsgruppen werden in unregelmäßiger Weise bald ganz, bald teilweise, bald gar nicht unterdrückt, resp. ausgeschaltet. Zwischen Nicht-wissen-können und Nicht-wissen-wollen bestehen hier fließende Übergänge. Ebenso werden unlustbetonte Ideen überhaupt abgesperrt. Es handelt sich also um autosuggestiv herbeigeführte Realisierungen meist lustbetonter, und Unterdrückung meist unlustbetonter Komplexe.

Zur Erklärung des Zustandekommens dieser Symptome nimmt Birnbaum eine Lockerung des Zusammenhangs der Ideen an, die auch die Persönlichkeit noch mitbetrifft.

Die Darstellung, die auf 109 Krankengeschichten basiert, ist klar und treffend. Es ist ein Vergnügen zu sehen, wie die psychologische Richtung in der Psychiatrie wieder einmal zu Worte kommt. Wenn Freud nicht so weit von Berlin weg wohnte, könnte man seinen Einfluß vermuten. Jedenfalls können seine Schüler sowie die Kraepelinianer bis ins einzelne hinein die Erfahrungen und die psychologische Auffassung des Verfassers aus eigener Beobachtung bestätigen. Die Wunschideen, die Absperrung des dem Wunsche Entgegenstehenden, die Flüchtigkeit, die qualitative und quantitative Veränderlichkeit der Wahnideen, ihr Mangel an System, die Beeinflussung durch äußere Umstände, die Entstehung des Ganser durch einen in Aussicht stehenden „Krankheitsgewinn", die alles das ermöglichende Lockerung der Ideen und der Person sind uns alte Bekannte — bei der Dementia praecox nämlich.

Für jeden Leser, der Kraepelin's Dementia praecox — und eine andere sollte es in deutschen Landen nicht geben — kennt, muß deshalb die erste Frage sein: Warum und wie werden die von Birnbaum beschriebenen Zustände von dieser Krankheit abgetrennt? Darauf gibt der Verfasser leider keine Antwort.

Er findet es zwar selbstverständlich, daß seine Bilder nichts mit Dementia praecox zu tun haben, denn er stellt sich vor, daß diese „ein gesetzmäßig aus inneren Ursachen mit Steigerungen und Remissionen verlaufender, meist fortschreitender und häufig in einen Defektzustand ausgehender Prozeß" sei. Die „inneren Ursachen" (an deren Existenz ich aus anatomischen und namentlich psychopathologischen Wahrscheinlichkeitsgründen ebenfalls glaube) sind nun aber noch nicht einmal recht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

demonstrierbar, während es ganz sicher ist, daß sich gerade die durch die Dementia praecox gesetzte Abnormität gern „in voneinander relativ unabhängigen psychotischen Reaktionen auf äußere Anstöße" manifestiert.

Ferner soll das Fehlen der initialen Verstimmung, die bei der Dementia praecox häufig sei, einen Unterschied bilden. Sie fehlt aber so oft, daß das keine negative Diagnose bedingen kann. Es sollen außerdem noch „grobe Verschiedenheiten" der beiden Krankheitsbilder existieren; leider werden sie nicht erwähnt.

Die „geistige Beweglichkeit und Regsamkeit" (die bei den dargestellten Fällen zeitenweise doch ziemlich schwach war) soll ferner die Dementia praecox ausschließen. Eine leichte Dementia praecox kann noch viel mehr Regsamkeit haben als Birnbaum's beste Patienten aufweisen.

Das Hetzen, Querulieren, Komplottieren ist denn doch bei der Dementia praecox nicht so selten, daß man es als negatives Kriterium betrachten könnte, besonders wenn die Leute, wie Birnbaum's Fälle, aus dem Zuchthaus kommen.

Nach seinem Vortrage in Berlin[1]) hat Birnbaum die „initiale Bewußtseinsstörung" seiner Kranken gegen die Diagnose als Dementia praecox ins Feld geführt. Sie ist aber ein alltägliches Symptom bei von außen bedingten Erregungen dieser Krankheit.

Das einzige Kriterium wäre die Konstanz der Erhaltung der Intelligenz, während die Dementia praecox in vielleicht einem Drittel der Fälle die charakteristische „Demenz" auch dem oberflächlichen Beobachter enthüllt. Hat aber der Verfasser wirklich im Anfang der Beobachtung die Diagnose gemacht, ohne daß eine entsprechende Anzahl von Fällen mit den Jahren doch eine deutliche „Demenz" bekommen haben? Es ist ja natürlich leicht, aus dem Material einer großen Irrenanstalt 100 Fälle ganz beliebiger Symptomenkomplexe und ganz beliebigen Verlaufes auszulesen und zu einem einheitlichen Bilde zusammenzustellen. Solange uns die Kriterien nicht bekannt sind, nach denen man die Fälle zum voraus von den Schizophrenen trennte, sind solche Aufstellungen systematisch wertlos. Eine solche Auslese hat auch stattgefunden: Des Verfassers Patienten sind alles Sträflinge, die ein Interesse haben, geisteskrank zu sein. Wie Verfasser überzeugend ausführt, bekommen sie deswegen ihren Ganser und ihre Wahnideen. Sie stellen also eine Auslese leichterer Fälle dar. Häufiger Ausgang in stärkere Verblödung ist also von vornherein unwahrscheinlich.

Etwas anderes aber ist auffällig: fast alle Erkrankungen gehen in die Jugend zurück. Dies ist der einzige Wahrscheinlichkeitsgrund für

[1]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1908, S. 526.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Birnbaum's Auffassung, den ich finden konnte. Ich muß aber hinzufügen, daß auch die Mehrzahl der unzweifelhaften Schizophrenen in der Jugend bereits abnorm war, und daß es trotz allen Anstrengungen bis jetzt noch nicht gelungen ist, diese Fälle von dem großen Kreise, den man mit dem Namen der Dementia praecox zusammenfaßt, abzutrennen.

Es ist nun äußerst wahrscheinlich, daß die Zerlegung des Krankheitsbildes später einmal gelingen wird. Aber auf dem vom Verfasser eingeschlagenen Weg geht es nicht; und es lag mir daran, rechtzeitig darauf aufmerksam zu machen. Die Arbeit Birnbaum's ist in anderer Beziehung zu gut, als daß sie nicht Unheil anstellen könnte bei denen, die nicht merken, daß dem symptomatologisch schönen Gebilde die systematischen Knochen ganz und gar abgehen.

(Aus der Städtischen Heilanstalt Dösen bei Leipzig. Direktor: Obermedizinalrat Dr. Lehmann.)

Über Manie im Kindesalter.

Von Oberarzt **Dr. Max Liebers.**

Die psychotischen Erkrankungen des frühen Kindesalters bilden, abgesehen von den angeborenen Zuständen von Idiotie, Imbezillität und der Hysterie, auch heute noch trotz der enormen Fortschritte und Vertiefung psychiatrischer Erkenntnis ein relativ wenig bekanntes und bearbeitetes Gebiet. Die Kasuistik fließt sehr spärlich und auch die Lehrbücher bringen darüber nur wenig. Das hat offenbar hauptsächlich zwei Gründe. Einmal scheinen Psychosen in dieser Zeit sehr selten zu sein, und dann fehlt es noch an ausreichender Gelegenheit, psychisch erkrankte Kinder genauer klinisch zu beobachten, da die meisten Anstalten und Kliniken noch keine eigenen Kinderabteilungen haben.

Es ist natürlich klar, daß beim Kinde vor der Schulzeit, wo das gesamte Vorstellungs- und Geistesleben noch relativ wenig entwickelt ist, sich auch krankhafte Störungen hier nach außen hin in weniger deutlicher Weise verraten werden. Außerdem fehlt noch ein genauerer Kanon für die Beurteilung des Normalen und Krankhaften in dieser Zeit, den später im schulpflichtigen Alter die gleichzeitige Beobachtung an vielen und dann die Norm bildenden Kindern ergibt. Selbst intellektuelle Defekte bleiben oft bis dahin unerkannt, ganz abgesehen von jenen andersartigen psychischen Störungen, die den geistigen Besitzstand mehr oder weniger unbeschadet lassen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus diesen Gründen darf hier die Mitteilung der Krankheitsgeschichte eines Falles von Manie bei einem noch nicht ganz fünfjährigen Knaben wohl gerechtfertigt erscheinen, die auch anfangs den Eltern des Knaben nur als Ungezogenheit und wilde Ausgelassenheit imponierte, bis die außerordentliche und allen edukatorischen Mitteln trotzende Heftigkeit der krankhaften Erscheinungen die Aufnahme in die Anstalt bewirkte.

Die Manie im Kindesalter ist anscheinend eine sehr seltene Erkrankung, und betreffend der einschlägigen Literatur sei nur auf Ziehen's Monographie der Geisteskrankheiten im Kindesalter verwiesen, wo sich weitere Literaturangaben finden.

Es soll nun die Krankheitsgeschichte des Falles in extenso folgen:

H., Fritz Willy, geb. 27. Dezember 1900. Aufnahme in die Anstalt 18. September 1905. Vater leidet an chronischer Bleivergiftung. Mutter hatte im Wochenbett stets Krämpfe. Pat. ist das älteste Kind. Vier Geschwister klein gestorben. Pat. ist ein Flaschenkind; nach der Geburt einige Male Durchfall, sonst gesund. Er lernte mit elf Monaten laufen und im zweiten Jahre sprechen. 1903 Masern und im September 1904 Diphtherie: konnte im Anschluß daran sechs Wochen lang nicht laufen und hatte die Sprache verloren. Wurde dann ruhelos, spielte nicht mehr ordentlich, demolierte alles, schlief schlecht und mußte das Essen gereicht bekommen. War sauber mit Urin, rief wenn er ein Bedürfnis hatte, schmierte aber „aus Unart" mit Kot. Am 18. September Aufnahme in die Anstalt.

Status somaticus:

Schädel leicht asymmetrisch und von etwas unregelmäßiger Konfiguration. Pupillen reagieren gut auf L und A. Hirnnerven o. B. Ebenso Herz und Lunge o. B. Puls 124, regulär, äquat. Motilität und Sensibilität intakt. Alle Haut- und Sehnenreflexe lebhaft.

Psychischer Status:

Pat. steht im Bett, jauchzt und lacht mit freudig glänzenden Augen und lebhaftem Gesichtsausdruck, fällt dem Arzte stürmisch um den Hals und ruft dabei laut: „Du Doktor, du Doktor." Wirft sich dann heftig ins Bett hin, streckt die Beine in die Höhe, stemmt sie gegen den Arzt, vergräbt den Kopf in die Kissen, dreht sich lachend im Bett herum, springt im nächsten Augenblick wieder blitzschnell empor, greift nach dem Klemmer des Arztes, nach seiner Tasche, nach seinen Händen usw. und treibt es so ununterbrochen fort, wobei er immer große Gewandheit und Kraft bekundet und nicht ermüdet. Zeigt dabei immer ein lebhaftes Mienenspiel, juchzt und schnalzt mit Zunge und Lippe, ruft laut usw. Auf Anreden antwortet er zunächst schnell und richtig, ist aber im nächsten Augenblick wieder anderweit beschäftigt und nur auf energische wiederholte Aufforderung wieder zu fixieren. Weiß, wie er heißt, wo er wohnt, was sein Vater ist („im Geschäft"), daß er hier „in der Anstalt" ist; (in welcher?) „in Dösen." Das Datum kann er nicht angeben. Im übrigen kennt er alle ihm vorgehaltenen Gegenstände (Schlüssel, Medizinflasche, Buch usw.). Zum Zählen ist er nicht zu bringen, wendet seine Aufmerksamkeit anderen Dingen zu. Wann sein Geburtstag sei? „Da wird Aschkuchen gebacken, auch zu Weihnachten wird Aschkuchen gebacken."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ist reinlich, meldet sich von selbst; kann auch allein essen, schlingt aber dabei so heftig und hastig, daß er sich verschluckt. Bekommt das Essen deshalb gereicht.

19. IX. Geht immer aus dem Bett heraus, rutscht mit großer Schnelligkeit auf allen Vieren durch das ganze Zimmer, wobei er immer laut ruft und lacht. Bei den Händen genommen springt er so lange jauchzend in die Höhe, bis er losgelassen wird. Greift nach allen Gegenständen, klettert auf Tisch und Stühle, rennt in andere Zimmer, kollert sich über die ganze Stube weg usw.

25. IX. Etwas ruhiger, Schlaf gut.

30. IX. Zeitweise ruhig im Bett, bei irgendwelchen Anlässen (Kommen des Arztes usw.) sehr lebhaft, springt aus dem Bett heraus, rennt im Zimmer umher, ruft alles durcheinander, ist dabei immer vergnügt, sieht sich, als er sich eine Nadel in die große Zehe getreten hat, diese verwundert an, schreit aber nicht.

7. X. Wird gepackt; freut sich während des Einpackens, schreit aber dann ununterbrochen und brüllt laut, wird blau im Gesicht, ist nicht zu beruhigen und wird deshalb wieder ausgepackt. Schimpft dann „Schweinehund, Aas", spuckt Arzt und Wärterin an, reißt dann aus.

30. X. Wird mit einer Pflegerin in eine Einzelstube getan. Wird dort ruhiger, spielt geschickt mit seinen Bauklötzern. Sobald er aber jemand kommen hört, beginnt die lebhafte Unruhe von neuem. Schlägt und stößt die andern Kinder oft im Übermut. — Schlaf und Nahrungsaufnahme jetzt gut.

15. XI. Ist im Bett kaum zu halten, läuft viel im Hemd umher, rennt überall hin, lacht, ruft, schimpft auch oft. Auch im Bad sehr unruhig, spritzt mit Wasser, schreit und jauchzt.

1. XII. Wegen zu großer Unruhe abends $^1/_5$ Spritze Hyoscin mit Erfolg.

14. XII. Ist kaum zu bändigen; wird aber jetzt mit Erfolg gepackt.

30. I. 1906. Steht jetzt auf. Oft stundenlang ganz ruhig, manchmal auch leicht verstimmt, wird aber sofort wieder aufgeregt, sobald jemand ins Zimmer tritt. Saust dann herum, schreit, spuckt, schlägt und wird durch Zureden nur noch ungebärdiger.

25. III. 1906. Ist jetzt ruhiger, folgt auch mehr, zeigt doch aber immer noch manische Züge, spricht oft vor sich hin, ist ab und zu immer noch sehr ungebunden und zu allerhand übermütigen Streichen geneigt.

V.—VI. 1906. Wieder etwas erregter, schwatzt und lacht viel, ist oft sehr wild, macht Spielzeug kaputt, sucht über den Gartenzaun zu klettern usw.

VII. 1906. Schimpft oft in gemeinen Worten. Ist hinterher auf Vorhalt allemal sehr betroffen und verspricht es nicht wieder zu machen.

3. VIII. 1906. Hat den Kanarienvogel der Oberin aus dem Bauer genommen und getötet.

Oft ticartiges Grimassieren des Gesichts, namentlich rechtsseitig.

21. VIII. Nur noch zeitweise unruhiger.

12. IX. Heute nach Hause entlassen.

Nach eingezogenen Erkundigungen hat Pat. regelmäßig in der Schwachsinnigenschule am Unterricht teilgenommen. Er soll in bezug auf seine Leistungen nur ein mittelmäßiger Schüler sein, der meist recht unaufmerksam und fahrig ist, oft auch recht ungezogen. Lebhaftere, wenn auch nur kurze Zeit anhaltende Erregungszustände sollen nicht wieder seit seiner Entlassung aufgetreten sein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es handelt sich also um eine ausgesprochene genuine Manie bei einem vier- bis fünfjährigen, erblich leicht belasteten Knaben im Anschluß an eine schwere Infektionskrankheit (Diphtherie). Sie wird gekennzeichnet durch die Grundsymptome der Manie: psychomotorische Erregung, Heiterkeit, Ideenflucht und Ablenkbarkeit. Differentialdiagnostisch kommt höchstens eine manische Erregung bei Imbezillität in Betracht. Doch läßt sich diese ausschließen zunächst durch den Hinweis auf die normale Entwicklung des Knabens, der zur rechten Zeit laufen und auch sprechen gelernt hat, und auch einen im Vergleich zu Kindern seines Alters normal entwickelten Vorstellungsschatz besitzt. Die manischen Erregungszustände bei Imbezillen sind ferner durchaus nicht so mannigfaltig in ihrer äußeren Erscheinungsform, und speziell was die Psychomotilität anlangt gewöhnlich viel einförmiger und stereotyper. Sie machen mehr den Eindruck ungewollter, triebartiger motorischer Entladungen und zeigen vor allem nicht einen so reaktiven Charakter, wie das bei unserm Patienten der Fall ist. Bei ihm wird die psychomotorische Erregung hauptsächlich wenigstens durch äußere Eindrücke und Wahrnehmungen ausgelöst und angebahnt, und nimmt an Heftigkeit ab in der Isolierung, wo alle störenden Reize möglichst fern gehalten werden konnten. Ferner ließ bei unserm Kranken die motorische Erregung meist immer noch einen bestimmten Zweck und eine bestimmte Absicht erkennen. Es handelte sich immer um einen echt manischen Betätigungsdrang, auf dessen Konto auch all die Ungezogenheiten und übermütigen Streiche kommen, die der Knabe verübte. Und selbst dort, wo eine solche Absicht nicht erkennbar war, wie z. B. bei dem Herumwälzen und Herumkollern auf dem Boden, waren wohl die allgemeinen Wohlgefühle, wie sie ja auch gesunde Kinder an solchen Dingen haben, ein mit auslösender Faktor. Bemerkenswert ist ferner, daß auch der gesamte Artikulationsapparat an der motorischen Erregung sich lebhaft beteiligte und in noch höherem Maße und in anderer Weise als bei den manischen Erregungen der Erwachsenen, wo das unartikulierte Jauchzen, Pusten, Schnalzen mit Lippen und Zunge, das viele Spucken usw. zurücktritt gegenüber den sprachlichen Äußerungen: Rufen, Singen, Schimpfen usw. Die motorische Erregung muß eben hier beim Kinde, wo die Fähigkeit zu sprechen noch nicht so ausgebildet ist, noch andere Bahnen nehmen als beim Erwachsenen, wo sie am leichtesten in sprachlichen Reaktionen abfließen und sich erschöpfen kann. Interessant ist ferner die Tatsache, daß der Knabe so hastig aß und schluckte, daß er wegen der Gefahr des Sichverschluckens das Essen gereicht bekommen mußte.

Die Heiterkeit auf affektivem Gebiete, die gehobene Stimmung, das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

freudige und lebhafte Mienenspiel sind in der Krankengeschichte genügend hervorgehoben. Oft nahm die Stimmung auch einen gereizten und zornigen Charakter an und machte sich dann in Schimpfreden und Gewalttätigkeiten gegen andere Kinder Luft. Mitunter gingen auch beide Zustandsbilder mehr oder weniger plötzlich und unvermittelt ineinander über. Auch kurze, oft nur minutenlang andauernde Phasen depressiven Charakters wurden beobachtet.

Als die letzten Grundsymptome der Manie sind auch in unserm Falle noch die Ablenkbarkeit, die Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit und die auch angedeutete Ideenflucht zu nennen. Daß die letztere bei einem Kinde mit seinem noch wenig entwickelten Ideen- und Vorstellungsleben, wo vor allem auch die sprachlichen Komponenten der Wahrnehmungen, Vorstellungen und Begriffe noch teilweise fehlen, und die gegenseitigen Assoziationen noch nicht so ausgebildet und leicht ansprechbar sind, nicht in den ideenflüchtigen sprachlichen Äußerungen der erwachsenen manisch Kranken zum Ausdruck kommen kann, liegt auf der Hand. Wohl aber trat die Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit und die Ablenkbarkeit durch äußere Sinneseindrücke immer deutlich in dem Verhalten des Knaben zutage. Wenn nun auch Ablenkbarkeit und Ideenflucht, wie Heilbronner meint, getrennt werden müssen, so besteht doch unzweifelhaft ein enger Zusammenhang zwischen beiden Erscheinungen, der Liepmann veranlaßt hat, die Ablenkbarkeit als die sensugene Komponente der Ideenflucht zu bezeichnen und als deren gemeinsame Wurzel die Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit. Diese letztere veranlaßte den Knaben, sich immer neuen Eindrücken zuzuwenden, alles suchte er zu erreichen, nichts konnte ihn dauernd fesseln, er vermochte anfangs nicht mit Spielzeug zu spielen, warf es fort, zerstörte es, um sich dann wieder etwas anderem zu bemächtigen. Erst mit Nachlaß der psychomotorischen Erregung besserte sich auch diese Erscheinung.

Die Krankheit hielt sich ca. sechs Monate auf derselben Höhe, und unter mehrfachen Exazerbationen und Remissionen trat ein langsames Abklingen aller Symptome ein. Nach einem Jahre konnte der Knabe als „geheilt“ nach Hause entlassen werden. Im allgemeinen sollen Manien im Kindesalter ohne Defekt ausheilen. Es muß jedoch dahingestellt bleiben, ob die nervöse Reizbarkeit, das öfters vorhandene ticartige Zucken des Gesichtes, die, wie wir hörten, nur mittelmäßige geistige Leistungsfähigkeit (Schwachsinnigenschule), die Unaufmerksamkeit und das Fahrige in seinem ganzen Wesen nicht als Residuärsymptome der Krankheit angesprochen werden müssen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung am 9. November 1908.

Bericht von **Dr. Schayer,** Dalldorf-Berlin.

M. Rothmann (Berlin): Demonstration vor der Tagesordnung.

Demonstration eines Gehirns mit fehlender rechter Großhirn- und linker Kleinhirnhälfte beim Hunde.

Nachdem Vortragender im Juni 1908 Gehirne von Hunden mit Exstirpation einer Großhirnhemisphäre, sowie des ganzen Großhirns gezeigt hat, ist er daran gegangen, die Exstirpation einer Großhirnhemisphäre mit der der gekreuzten Kleinhirnhemisphäre zu kombinieren. Wie wir ja auch aus der menschlichen Pathologie wissen, stehen dieselben in einigen Wechselbeziehungen und beeinflussen im wesentlichen die gleiche Körperhälfte. Dem Hunde wurde zuerst die ganze linke Kleinhirnhälfte nach dem von H. Munk angegebenen Verfahren exstirpiert. Auffallend rasch bildeten sich die anfänglichen Rollbewegungen nach links zurück; bereits am dritten Tage konnte der Hund sich aufrichten, am vierten einige Schritte mit abnorm gehobenen und linksseitig obduzierten Extremitäten machen. In der Folge blieb im wesentlichen nur das Schleudern der linksseitigen Extremitäten beim Laufen zurück. 40 Tage später wurde nun die rechte Großhirnhemisphäre in ausgedehntestem Maße entfernt. Der Hund überstand den Eingriff gut, zeigte nur ganz vorübergehend Andeutung stärkerer Kleinhirnsymptome, konnte aber bereits nach 2 Tagen in rechtsseitigen Kreisen wieder laufen. In der Folge unterschied er sich im wesentlichen nur in zwei Punkten von einem Hund mit alleiniger Exstirpation einer Großhirnhemisphäre. Er zeigte erstens eine sehr unvollkommene Funktion der rechtsseitigen Rückenmuskulatur bei dem Laufen in rechtsseitigen Kreisen; zweitens bestand eine deutliche Schwäche und Ataxie der linksseitigen Extremitäten mit sehr starken Muskelsinnstörungen. Der Hund magerte allmählich ab infolge Wiederaufflammens einer vor der zweiten Operation überstandenen staupeartigen Erkrankung und wurde deshalb 19 Tage nach der zweiten Operation getötet.

An dem gezeigten Präparat ist erkennbar, daß die Exstirpation der rechten Großhirnhemisphäre eine vollkommene ist und, soweit man sehen kann, auch das Corpus striatum und Teile des Thalamus opticus mitbetroffen hat. Von der linken Kleinhirnhälfte ist vielleicht ein kleines Stück des ventralsten Abschnitts des Oberwurms stehen geblieben, was für den Funktionsausfall ohne Bedeutung ist.

Vortragender weist auf das überraschend günstige Resultat in Betreff des Erhaltenseins der motorischen Funktion der linksseitigen Extremitäten hin. Es steht in einem auffallenden Gegensatz zu den Angaben Lucianis, der nach Exstirpation einer Kleinhirnhälfte und nur der gekreuzten Extremitätenregion der Großhirnrinde erst nach ca. vier Monaten Gehen ohne Unterstützung beobachten konnte. Autoreferat.

Ziehen (Berlin): Demonstration eines Falles von „Eknoia".

Die Patientin ist 41 Jahre alt, erblich wahrscheinlich nicht belastet. Bis zum Jahre 1904 bot sie keine nervösen Erscheinungen. Damals machte sie eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Entbindung durch, ohne sich genügend schonen zu können. Seitdem traten in unbestimmten Intervallen Kopfschmerzen auf. Die Frau war immer etwas seltsam, sehr ernst, zurückhaltend und religiös gewesen. Jetzt wurde sie reizbar, erging sich häufiger in Bibelzitaten, hielt ihren Mann zu strengem Lebenswandel an, worunter sie besonders völlige Enthaltsamkeit von alkoholischen Getränken verstand. Der Mann ist Postbeamter und neigt im allgemeinen nicht zum Trinken. Im Oktober 1907, im Anschluß an eine Versetzung des Mannes nach einem Berliner Vorort, wodurch sich die materielle Lage der Familie etwas verschlechterte, traten zum ersten Male krankhafte psychische Symptome bei der Frau zutage. Sie ging zu seinem Vorgesetzten und sagte, ihr Mann sei seit der Versetzung nicht mehr zu brauchen. Aus Ärger darüber entfernte sich der Mann von ihr und hielt sich bei seiner Mutter auf, kam aber auf ihr Bitten nach vier Tagen zurück. Er fand die Patientin in einer ekstatischen Erregung. Sie erzählte, Engelstimmen gehört zu haben u. ä. Am nächsten Tage wollte sie die Nachbarin bekehren. Aber schon nach zweitägigem Bestehen war der Erregungszustand völlig verschwunden.

Am 25. Oktober 1908 zog sich der Ehemann infolge eines Exzesses in baccho eine Strafe von drei Mark zu. Die Patientin regte sich darüber sehr auf. Die Sorge um eine Nichte, die auf Abwege geraten war, und übermäßige Arbeit kamen hinzu. Am 2. November fand der Mann die Patientin in einem ähnlichen Zustand wie im Jahre vorher. Sie lag betend auf den Knien, sagte, es werde für sie gesammelt, es werde ihr geholfen, der Kaiser gebe ihr Geld. Eine Stimme habe ihr gesagt, ihr Werk sei bald vollbracht, sie müsse Eulenburg zu Gott führen, sie hoffe auf Gottes Gnade. Ihr Mann habe Jesus einen Nagel durch die Hand geschlagen. (Diese Wahnidee scheint damit in Zusammenhang zu stehen, daß der Mann am Karfreitag ein Brett angenagelt hatte.) Die Stimmung war wechselnd, bald heiter, bald niedergeschlagen. Der Schlaf war stark gestört.

Am 5. November wurde die Patientin in die Charité auf die Abteilung des Vortragenden aufgenommen. Hier predigte sie viel, kniete, sprach in biblischen Redewendungen und war so störend, daß sie separiert werden mußte. Es bestand keine erhebliche Tendenz zu Klangassoziationen. Sie klagte, ihre Nerven seien zerrüttet. Die Patientin ist der Schilderung teilweise gefolgt und unterbricht einmal, indem sie lachend dagegen protestiert, solche Gedanken geäußert zu haben. Auf Befragen negiert sie Halluzinationen. Einmal aber habe sie einen Knall aus dem Schrank heraus gehört und daraus geschlossen, es müsse ein Verwandter gestorben sein oder jemand nicht sterben können. Im Oktober 1907 habe sie das Rauschen von Engelsflügeln vernommen. Als ihr Mann jetzt betrunken nach Hause kam, habe er eine Verletzung an der Stirn gehabt. Da sei ihr der Gedanke gekommen, daß er seinen Vorgesetzten belogen habe, indem er diese Verletzung auf einen angeblichen Überfall zurückführte. Auch glaubte sie, er habe den Postdirektor angegriffen. — Im Verlauf der Vorstellung gerät Patientin mehrfach in biblische Redewendungen, die sie pathetisch vorträgt, läßt sich aber immer wieder davon ablenken.

Zusammenfassend rekapituliert der Vortragende, daß es sich um eine jähe Affektschwankung im Sinne der Ekstase handelt. Sie knüpft an vorhergehende Aufregungen und Sorgen an, ist dabei frei von Angst, wurzelt in der Disposition der Patientin, also in dem religiösen Gedankenkreis. Nicht immer bleibt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Erkrankung auf das affektive Gebiet beschränkt. Die Patientin negiert, Stimmen zu hören. Oft kommt halluzinatorisches Mitklingen dabei vor. Auch die Wahnvorstellungen entstehen auf dem Boden des Affektes. Dabei ist der Ablauf der Gedanken nicht beschleunigt, es findet im Gegenteil nur ein geringer Wechsel der Vorstellungen statt, die alle einen monoton-pathetischen Charakter haben. Ebenso zeigt sich die motorische Erregung, im Predigen, einförmig.

Die Prognose des Falles ist eine durchaus günstige; in Tagen oder längstens einigen Wochen ist Heilung zu erwarten.

Diese Zustände hat Arnold 1884 als „pathetische Manie" bezeichnet. Es existieren noch zahlreiche andere Namen dafür. Vortragender hat sie als Eknoia beschrieben. Sie sind selten: Z. sieht zirka fünf Fälle im Jahre. Differentialdiagnostisch käme zunächst die Hysterie in Betracht, die aber in diesem Falle, zumal beim Fehlen körperlicher Stigmata, auszuschließen ist. Auch kommen diese Zustände öfter bei nicht hysterischen Individuen zur Beobachtung. Zeitweise besteht eine gewisse Ähnlichkeit mit der Manie. Doch ist die Stimmung pathetischer, zeitweise depressiv. Ferner fehlt die Ideenflucht, der Wechsel im Bewegungsdrang. Schließlich wäre der schnelle Verlauf für eine Manie ungewöhnlich. Zum manisch-depressiven Irresein darf der Fall ebenfalls nicht gerechnet werden. Wenn man alle Psychosen mit Affektschwankungen als hierher gehörig betrachtet, ist man doch genötigt, wieder Unterabteilungen zu schaffen. Daß eine Affektschwankung schon einmal vorausgegangen ist, wie in dem vorgestellten Falle, ist nicht häufig. Die Diagnose hat ferner die Amentia zu berücksichtigen. Gegen sie spricht, daß die Kranke orientiert geblieben ist und keine ausgeprägten Halluzinationen hatte. Ein weiterer Unterschied ist in der affektiven Genese und dem kurzen Verlauf gegeben. Die Erinnerung ist im wesentlichen erhalten, nur in Einzelheiten lückenhaft. Jedenfalls besteht keine Amnesie wie nach Dämmerzuständen, bei denen auch die Erschöpfung nicht die Rolle spielt, die man ihr für die Eknoia zugestehen muß. Präsenium, Senium und Pubertät spielen außer der Erschöpfung in ätiologischer Beziehung eine große Rolle.

Diskussion: Liepmann (Dalldorf) fragt, ob derartige Zustandsbilder sich nicht manchmal durch den weiteren Verlauf als Anfangsstadien einer chronischen Psychose erweisen resp. welche Zeichen ihre Unterscheidung von dieser ermöglichen.

Ziehen: Die Diagnose sei im Anfang oft schwer, doch kläre der weitere Verlauf sehr bald die Situation. Die Fälle, in denen er bisher die Diagnose gestellt hat, seien laut Katamnese ohne Defekt geheilt.

Oppenheim (Berlin) hält die Verwechslung mit einem epileptischen Äquivalent für möglich.

Ziehen weist darauf hin, daß der epileptische Dämmerzustand sehr plötzlich mit schwerer Unorientiertheit und Dissoziation einsetzt. Allerdings können bei mangelnder Anamnese gelegentlich Zweifel entstehen, auch bezüglich des hysterischen Dämmerzustandes. Die hier fehlende Amnesie ist in beiden Fällen ein unterscheidendes Moment.

Abraham (Berlin): Verwandtenehe und Neurose.

Wenn auch Verwandtenehen und nervöse Erkrankungen oft in den gleichen Familien zusammentreffen, so ist damit nicht bewiesen, daß beide Erscheinungen in dem einfachen Verhältnis von Ursache und Wirkung zueinander stehen. Ref.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sucht nachzuweisen, daß in neuropathischen Familien eine eigentümliche psychosexuelle Veranlagung zur Inzucht führe; schon die Häufung solcher Ehen in gewissen Familien gibt einen Hinweis in dieser Richtung.

Neuropathische Personen zeigen schon in der Kindheit eine abnorm starke Sexualübertragung auf den anders geschlechtlichen Teil der Eltern (resp. auf Geschwister des anderen Geschlechts [Freud]). In der Pubertät wird diese Übertragung bei vielen derartigen Individuen nicht gelöst. Infolgedessen wird die Libido nicht frei, um auf fremde Personen des anderen Geschlechts übertragen werden zu können. Da sich aber die Neigung zur Mutter (Schwester usw.) nicht in ihrer wahren Gestalt zeigen darf, so kommt es zu Triebunterdrückung. Die Sexualübertragung auf fremde Personen ist dauernd erschwert. Viele Neuropathen bleiben deshalb ehelos oder sie heiraten eine Blutsverwandte; beides trifft oft in der gleichen Familie zusammen. Bei einer Verwandten trifft man am leichtesten solche Eigenschaften, welche man bei der Mutter oder Schwester liebte; auch ist die Annäherung an eine Verwandte sehr erleichtert. Männer aus solchen Familien heiraten oft sehr spät; sie wählen dann gewöhnlich eine Nichte. Andere Individuen mit ähnlicher Veranlagung überlassen es ihrer Mutter oder Schwester, eine Frau für sie zu wählen, ein Zeichen ihrer dauernden Abhängigkeit von dem frühesten Objekt ihrer Liebe.

Allen diesen Gruppen gemeinsam ist der monogame Zug, der sich in der großen Beständigkeit der einmal gefaßten Neigung äußert. Dies gilt auch für solche Mitglieder der zur Inzucht neigenden Familien, die mit einer fremden Person die Ehe eingehen.

Die abnorme Fixierung der Libido auf nahe Angehörige kommt auch in verschiedenen krankhaften Zuständen zum Ausdruck, so z. B. in der psychischen Impotenz des Mannes und in der Frigidität des Weibes. Doch ist zu betonen, daß hier stets noch eine Reihe konkurrierender Ursachen in Betracht kommt. Auch gewisse Symptome der Hysterie und der Dementia praecox entstehen auf jener Basis.

Die Ehe unter Blutsverwandten — natürlich mit Ausschluß der aus rein praktischen Gründen geschlossenen Ehen — erscheint, wenn man sie mit den anderen erwähnten Erscheinungen in Parallele setzt, als eine Folge der neuropathischen Veranlagung, oder besser der psychosexuellen Konstitution, wie sie dem Neurotiker eigen ist. Sie wird erst sekundär zum belastenden Moment, indem sie eine vorhandene neuropathische Veranlagung züchtet.

Autoreferat.

(Der Vortrag erscheint in erweiterter Form in dem demnächst beginnenden Freud'schen „Jahrbuch für psychanalytische und psychopathologische Forschungen".)

Diskussion: Oppenheim verwahrt sich dagegen, Freud's Anschauungen zu teilen. Speziell kann er sich nicht zu der Freud'schen Auffassung von der Liebe zwischen Eltern und Kindern bekennen. Dagegen kann er einzelne Beobachtungen des Vortragenden aus eigener Erfahrung bestätigen. So kennt er eine relativ große Anzahl von neuropathischen Familien, in denen mehrere Geschwister unverheiratet geblieben sind. Auch mit der Deutung, die Vortragender der Verwandtenehe gegeben hat, ist O. im großen und ganzen einverstanden. Trotzdem dürfe man die verderblichen Folgen nicht verkennen. Gerade die Nervenärzte haben die Pflicht, sie nach Kräften zu verhindern. Bei den Nach-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kommen aus Verwandtenehen sind nicht nur die ersten Lebensjahre zu berücksichtigen, wie es viele Statistiken tun. Oft zeigen sich die Folgen der Belastung erst nach der Pubertät. In praxi widerrät O. unbedingt die Verwandtenehe oder warnt vor Nachkommenschaft.

Ziehen hält die Freud'schen Anschauungen für „Unsinn". Die Beobachtungen A.'s seien interessant und im wesentlichen richtig. Die Verwandtenehe kann ein Degenerationsstigma sein. Auch er habe beobachtet, daß der Mann in solchen Ehen oft steril oder psychisch impotent ist. In der Praxis stehe er den Verwandtenehen nicht so schroff ablehnend gegenüber wie Oppenheim. Er kenne eine große Reihe von gut verlaufenen Fällen und verbiete Blutsverwandten die Ehe nur bei schwerer erblicher Belastung.

Schuster (Berlin) gibt zu erwägen, ob nicht auch darin ein gewisser neuropathischer Zug zu erblicken sei, daß die Ehekandidaten einer Verwandtenehe, welche doch sehr häufig vor Eingehung ihrer Verbindung eine Reihe von Nervenärzten aufzusuchen pflegen, in einer ganz auffallenden und konstanten Weise das (meist abratende) Votum der Ärzte zu ignorieren pflegen. Diese regelmäßige Nichtbeachtung des ärztlichen Rates ist Sch. um so mehr aufgefallen, als es sich oft gar nicht um wirkliche Liebesheirat handelte und die Brautleute häufig hypochondrisch veranlagte Menschen waren, welche in jeder anderen Beziehung unbedingt auf den Arzt zu hören pflegten. Autoreferat.

Bratz (Wuhlgarten): Der Vortragende hat einen Teil seiner tatsächlichen Feststellungen über die Ehe Blutsverwandter auf die Freud'schen Theorien gestützt und in diesem Zusammenhang auch die angeblichen sexuellen Beziehungen des feinsinnigen Dichters Conr. F. Meyer zu seiner Mutter und Schwester erwähnt. Solche Beziehungen sind schon von Sadger behauptet worden. C. F. Meyer ist zwar zeitweise geisteskrank gewesen. Daß aber die zärtliche Verehrung und Liebe, welche er in gesunden Tagen seiner Mutter und Schwester entgegenbrachte, irgendeinen sexuellen Anstrich hatte, ist nirgends erwiesen. Das Studium der Quellen, z. B. der Briefwechsel, spricht, soweit ich sehe, dagegen. Unter den verschiedenen Freud'schen Theorien, deren Gültigkeit bei den Psychiatern durchaus noch keine allgemeine Anerkennung gefunden hat und welche heute von Oppenheim und Ziehen zurückgewiesen worden sind, handelt es sich hier um die von Freud behauptete große Bedeutung der Sexualität im Seelenleben der Kindheit. Gerade diese Theorie erscheint mir sehr angreifbar. Sie wird in solchen Fällen, wie für C. F. Meyer, voreilig auf einen Spezialfall angewandt. Eine ähnliche, m. E. unzulässige Anwendung einer erst noch zu stützenden Theorie hat ein anderer Schüler Freud's, Riklin, versucht, gegenüber den Volksmärchen aufzustellen. In den Märchen, welche von alters her als ein naiv-poetischer Niederschlag aus der Mythe und damit aus dem Kindesalter der Völker angesehen werden, hat nämlich neuerdings Riklin vorzugsweise eine Behandlung pathologisch-sexueller Motive erkennen wollen. Auch hier handelt es sich m. E. um eine starke Übertreibung. In Wirklichkeit spiegeln die Märchen alles, was eine Menschenseele bewegt, und geben es in einfacher, kindlicher Form wieder. Gelegentlich berühren sie dabei auch Vorgänge, wie Heirat durch einen Hochgestellten. Solche Heirat stellt meist die Erfüllung des Wunsches eines armen Menschenkindes nach glänzendem Schicksal und gar nichts eigentlich Sexuelles dar. Vollends das Pathologische wird hier wie für C. F. Meyer's Liebe zu seinen weiblichen Angehörigen nur zwangsweise hineingetragen. Diese

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gewagte Anwendung einer von der Psychiatrie noch nicht anerkannten Freud-schen Theorie auf andere Gebiete muß zurückgewiesen werden. Autoreferat.

M. Rothmann fragt, ob das Material des Vortragenden sich aus bestimmten Bevölkerungsschichten zusammensetzt, ob vor allem das jüdische Element hier wesentlich vertreten ist. Ist dies der Fall, so spielen doch zweifellos soziale Probleme bei diesen Verwandtschaftsehen eine ausschlaggebende Rolle. Die Versprengung der Juden in viele kleine Ortschaften in früheren Zeiten machte bei der Abschließung von der übrigen Bevölkerung und den ungenügenden Verbindungen Verwandtschaftsehen geradezu zur Notwendigkeit. Aus diesen Verhältnissen dürfte sich die Häufigkeit derselben gerade bei den Juden auch in der Gegenwart noch zum großen Teil erklären. Mit dem Zusammenziehen in die großen Städte und der Zunahme der Mischehen nimmt diese Erscheinung aber zweifellos ab.

Liepmann betont, daß er im allgemeinen nicht auf dem Boden Freud-scher Anschauungen stehe, sich aber doch gegen die moralische und ästhetische Entrüstung von Bratz wenden müsse. Wenn Tatsachen vorliegen, wie sie der Vortragende von C. F. Meyer behauptet hat, so ist eine Verletzung derartiger Empfindungen für uns Wissenschaftler gleichgültig.

Abraham (Schlußwort): Vortragender gibt zu, daß Oppenheim die abnorme Zärtlichkeit neurotischer Kinder nicht als Äußerung der Sexualität bezeichnet, die Anschauung Freud's also nicht teilt. Eine Übereinstimmung herrsche nicht in der Auslegung, sondern nur in der Beobachtung selbst. Ziehen gegenüber, der die Anschauungen Freud's ohne weiteres als „Unsinn" verwirft, betont Vortragender, daß er auf Grund eigener Erfahrungen für die große Bedeutung der infantilen Sexualübertragung eintreten müsse. Bezüglich der von Schuster mitgeteilten Beobachtung mangeln dem Vortragenden eigene Erfahrungen. Gegenüber Rothmann gibt er die besondere Häufigkeit der Verwandtenehe unter den Juden zu; die mitgeteilten Beobachtungen beziehen sich aber auch auf andere Rassen. Bratz irre, wenn er die vom Vortragenden über Conrad Ferdinand Meyer gemachten Angaben bestreite.

Pariser Neurologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Juni, 9. Juli und 23. Juli 1908.

Referiert nach der Revue neurologique vom 30. Juni und 30. Sept. 1908 von **M. Lewandowsky.**

Die 3 Sitzungen wurden ausgefüllt durch eine Diskussion über die Aphasie. Folgender Fragebogen wurde zur Diskussion gestellt:

I. Klinischer Teil.

1. Sind die motorische und die sensorische Aphasie klinisch voneinander unterschieden, oder ist die motorische Aphasie nur eine von Anarthrie begleitete sensorische Aphasie?

Wenn es Unterschiede gibt, welche sind es?

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Ist die Unmöglichkeit oder die Schwierigkeit, bei motorischer Aphasie zu sprechen die Folge der Anarthrie, d. h. eines Verlustes oder einer Störung in der Aussprache der Worte?

3. a) Ist ein Grund vorhanden, den Unterschied zweier klinischer Abarten der motorischen Aphasie aufrecht zu erhalten: α) die motorische Aphasie mit Agraphie und Alexie (Broca'sche Aphasie) und β) die reine motorische Aphasie.

b) Existiert die reine motorische Aphasie als solche oder ist sie nur das Überbleibsel einer vollständigen Aphasie, die aber teilweise geheilt ist?

4. Was hat man unter totaler Aphasie zu verstehen?

5. Über den Grad der Häufigkeit der Formen von Aphasie: totale Aphasie — sensorische Aphasie — Broca'sche motorische Aphasie — reine motorische Aphasie.

II. Normale und pathologische Anatomie.

1. Ist Grund vorhanden, eine sogenannte Linsenkernzone zu unterscheiden, und welches sind eventuell ihre Grenzen?

2. Welche Läsionen beobachtet man am häufigsten bei der Sektion Aphasischer: a) zirkumskripte oder diffuse, b) mehr nach vorn oder mehr nach hinten gelegene, c) corticale oder subcorticale?

3. Welches sind die gewöhnlichen Herde der totalen Aphasie?

4. Welches sind die gewöhnlichen Herde der sensorischen Aphasie?

5. Welches sind die gewöhnlichen Herde der motorischen Aphasie?

6. Gibt es Fälle von motorischer Aphasie bei ausschließlichem Betroffensein der Broca'schen Windung — sei es cortical oder subcortical?

7. Gibt es sichere Fälle von Zerstörung der Broca'schen Windung ohne Sprachstörung oder ohne Aphasie?

8. Gibt es Fälle motorischer Aphasie bei reinen Linsenkernherden?

9. Gibt es Fälle motorischer Aphasie bei reinen Herden der Insel der äußeren Kapsel oder der Vormauer?

10. Hat die motorische Aphasie mit Alexie und Agraphie einen anderen Sitz als die reine motorische Aphasie?

III. Pathologische Physiologie.

1. a) Gibt es Intelligenzstörungen bei den motorisch Aphasischen? Welche? b) Gibt es Intelligenzstörungen bei den sensorisch Aphasischen?

2. Sind die beobachteten Symptome bei Aphasischen — und dabei ist es wichtig, die Art der Sprachstörung zu bezeichnen — Ausdruck der Störung intellektueller Fähigkeiten bzw. der allgemeinen Intelligenz?

3. Sind sie Ausdruck einer Störung der inneren Sprache?

4. Soll man den Ausdruck „Wortbilder" beibehalten?

5. Welches ist der Mechanismus der Paraphasie bei den sensorisch Aphasischen?

6. Von welchen Regionen der Rinde hat die pathologische Anatomie eine Bedeutung für die Sprache nachgewiesen?

7. a) Kommt für die Funktion der artikulierten Sprache der Broca'schen Windung eine spezielle oder vorwiegende Bedeutung zu?

b) Kann man eine gleiche Rolle den benachbarten Regionen der Rinde zusprechen?

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

8. Wäre es nicht besser, in Zukunft alle nicht genügend klinisch und anatomisch untersuchten Fälle beiseite zu lassen. Allein diejenigen Fälle sollten in Betracht gezogen werden, die auf Serienschnitten untersucht worden sind.

Die Diskussion im einzelnen hier wiederzugeben ist mit Rücksicht auf den Raum völlig unmöglich. Es handelte sich im wesentlichen um die Diskussion zwischen P. Marie, der seine bekannten Anschauungen verteidigte, und Dejerine. Der Spezialforscher wird im einzelnen von der Diskussion Kenntnis nehmen müssen, wenngleich — das Urteil werden mit dem Ref. wohl viele teilen — gerade diese Diskussion wieder einmal ausgezeichnet beweist, daß die mündliche Diskussion der ungeeignetste Weg ist, wissenschaftliche Streitfragen zu entscheiden.

Sitzung vom 5. November 1908.

Referiert nach der Revue neurologique vom 30. Novbr. von **M. Lewandowsky.**

Courtellemont: Névrite appendiculaire.

Fälle von Neuritis, die von einer Appendicitis ausgingen, sind von Raymond und Guillain, sowie von Marcou beschrieben worden. Verfasser fügt einen neuen Fall hinzu, eine ausgedehnte Polyneuritis der rechten unteren Extremität, die erst nach 15 Monaten zu völliger Heilung kam. In allen drei Fällen war die Neuritis beim ersten Anfall der Appendicitis entstanden. Verfasser nimmt in seinem und Raymond's Fall eine direkte lokale Infektion der das Becken durchziehenden Nerven an, während es sich in dem Falle von Marcou wahrscheinlich um die Folge der allgemeinen Infektion handelte.

P. Merle: Deux cas d'Oxycéphalie: „crâne en tour".

Verfasser demonstriert zwei Fälle von Turmschädel.

Rochon-Duvigneaud bezweifelt in dem einen Fall die Diagnose und macht darauf aufmerksam, daß auch in dem anderen die charakteristische Opticusatrophie fehle.

Klippel et Weil: Maladie de Paget unilatérale.

Der erste Fall einer einseitigen Paget'schen Krankheit (Ostitis deformans). Die betroffene Seite ist außerdem erheblich wärmer als die gesunde. Es bestehen auf der gleichen Seite an den Gelenken chronisch-rheumatische Veränderungen (Heberden'sche Knötchen).

H. Claude et Levi Valensi: Diplégie Brachiale polynévritique.

Ausgedehnte apoplektiform entstandene Polyneuritis beider Plexus brachiales bei einer Bleiarbeiterin. Beim Eintritt in die Salpêtrière war die Kranke verwirrt. Jetzt zeigt sie ziemlich systematische Verfolgungsvorstellungen. Vortragende lassen es dahingestellt, ob dieser psychische Zustand auf der Wirkung des Saturnismus beruhe. Jedenfalls ist er ungewöhnlich.

Achard et Foix: Tabes fruste.

Ein Fall von Erbrechen und leichten Blasenstörungen, bei dem die Lumbalpunktion die Diagnose sicherte. Verfasser machen auf die Bestrebungen aufmerksam, das periodische Erbrechen Leyden's der Tabes einzuordnen.

Dejerine hat in zwei ähnlichen Fällen während der Krisen die Pupillen wesentlich langsamer reagieren sehen, als außerhalb derselben.

Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Babinski hat ähnliches beobachtet wie Dejerine, weiß aber nicht, ob nicht Morphiuminjektionen an der verschlechterten Reaktion der Pupillen schuld waren.

Dupré macht darauf aufmerksam, daß der Schmerz der tabischen Krise die Pupille erweitere.

Guillain macht auf die Häufigkeit der Formes frustes der Tabes aufmerksam, die wegen anderer Leiden den Arzt aufsuchen und bei denen dieser dann zufällig eine Tabes entdeckt.

Babinski hält die reflektorische Pupillenstarre für fast pathognomonisch für eine „spezifische" Meningitis. Eine Hg-Behandlung kann auf diese Meningitis von günstigem Einfluß sein.

Ballet, Sicard, Dufour, Claude, Brissand.

Achard et Ramond: Trophœdème.

Jetzt 21jähriges junges Mädchen, das seit dem Alter von zwei Jahren mit einem Ödem der linken Hand und des linken Vorderarmes behaftet ist, das genau am Ellenbogen abschneidet. Von Zeit zu Zeit, jetzt etwa alle zwei Monate, treten Krisen ein mit Allgemeinerscheinungen — Nausea, Abgeschlagenheit, Schüttelfrost — und lokaler Zunahme des Ödems, sowie heftige Schmerzen. Die Krisen dauern zirka drei Tage.

H. Meige macht darauf aufmerksam, daß der vorgestellte Fall beweist, daß es zwischen dem Quinke'schen Ödem und den chronischen Formen Übergänge gäbe.

Levi et Legros: Étude radiographique comparative de quelques Affections Dystrophiantes des Os.

Erscheint ausführlich in der „Iconographie".

Lhermitte: Les cellules mûriformes dans la Paralysie Générale.

Es handelt sich um Zellen mit hyalinen fuchsinophilen Einschlüssen (von Adler, Dagonet u. a. beschrieben), die nach Perusini degenerierte Plasmazellen sein sollen. Auch Vortragender hält sie für eine Degenerationsform mesodermaler Elemente und rechnet sie zu den Alzheimer'schen Körnchenzellen.

Lieerd et Gy: Méningite sarcomateuse.

Erscheint später.

Bourneville, Kindberg et Richet: Note sur un cas de Tabes et de Paralysie générale chez une enfant de 15 ans.

Infiziert im Alter von zwei Jahren. Anatomisches Präparat. Dupré hält den Fall für eine Meningoencephalitis syphilitica.

Klippel et Weil: Présentation d'un squelette de Maladie osseuse de Paget.

Die Paget'sche Krankheit besteht in einer Osteoporose, gegen die der Organismus durch die Bildung jungen Knochens ankämpft. Diese Neubildung wird dann eine übermäßige. In dem vorgestellten Fall sind die Knochen trotz der Hypertrophie leichter als normale Knochen.

P. Marie schließt sich der Auffassung an, daß die Hyperostose nur ein Reaktionsprozeß, nur eine Überkompensierung einer primären Rarefizierung des Knochengewebes ist. Gewöhnlich wären die Knochen auch schwerer als normale.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Bibliographie.

Léonie Minot: Des accidents causés par l'emploi industriel de l'électricité. Thèse des Paris, 1908.

Eine geschickte Zusammenfassung unserer Kenntnisse über die pathologische Wirkung elektrischer Ströme auf den menschlichen Körper.

Etwas Neues bringt die Dissertation nicht. Kutner (Breslau).

Patry: L'Acromégalie avant 1885. Paris, 1908.

Die Arbeit enthält eine genaue Wiedergabe und kritische Besprechung von 12 Fällen aus der Literatur vor 1885, welche Pierre Marie und Patry im Gegensatz zu den Autoren als Akromegalie ansprechen. Die Fälle mit Sektionsbefund zeigen einen Hypophysentumor, meist auch Vergrößerung der Stirnhöhlen und Verdickung des Hinterhaupthöckers. Den Schluß bildet die Besprechung einer von Gall als Produkt seniler Hirnatrophie betrachteten, vom Verfasser gleichfalls auf Akromegalie zurückgeführten Schädelbasis.

Müller (Dösen).

Georg Anhalt: Über traumatische Riechlähmungen. Inaug.-Dissertion. Leipzig 1908.

Der Verfasser hat unter 1525 Nervenkranken der Unfallnervenklinik Prof. Windscheid's, darunter fast die Hälfte mit Kopftraumen, 265 mal Störungen des Geruchsinns und zwar 63 mal totale und 202 mal partielle Anosmie gefunden, wobei noch feinere Störungen der Geruchsempfindung unberücksichtigt blieben. Unter den totalen Anosmien waren 44 sicher traumatischer Natur, die übrigen teils angeborene, teils durch nicht traumatische Schädigungen hervorgerufen. Von den traumatischen Anosmien waren 4 wahrscheinlich auf direkte Verletzung der Bulbi olfactorii bzw. der eintretenden Nervenfasern zurückzuführen, vorwiegend bei Sturz auf den Hinterkopf. Bei einer zweiten Gruppe (17 Fälle) bildete die Anosmie ein Symptom der bestehenden Hysterie und bei der letzten Gruppe schien eine Kombination organischer und hysterischer Störung zu bestehen bzw. konnte die Differentialdiagnose nicht gestellt werden. Von den Hyposmien stellten sich 142 als funktionell dar, 90 wiesen organische Grundlagen auf. Kutner (Breslau).

Magnus Hirschfeld: Jahrbuch der sexuellen Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. Verlag von M. Spohr in Leipzig, 1908 (IX. Jahrgang). M. 12.

Der 664 Seiten umfassende Band enthält eine Anzahl von Aufsätzen, sodann die Bibliographie der Homosexualität (Praetorius) und den Jahresbericht von Hirschfeld für die Jahre 1906 bis 1908, in dem die Tätigkeit des „Wissenschaftlich-humanitären Komitees" geschildert wird. Unter den Aufsätzen sind hervorzuheben: Praetorius: Inwiefern widerspricht der § 175 des St.-G.-B. dem „richtigen Recht"? Kind: Über die Komplikation der Homosexualität mit anderen sexuellen Anomalien. Kiefer: Sokrates und die Homosexualität. Näcke: Über Homosexualität in Albanien. Sadger: Fragmente der Psychoanalyse eines Homosexuellen. Der mit zahlreichen Abbildungen ausgestattete

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aufsatz von Elisar von Kupffer über den Maler Sodoma ist in der Hauptsache kunstgeschichtlichen Inhalts und paßt nicht recht in das Jahrbuch. Die Ausführungen Hirschfeld's über den Prozeß Eulenburg dürfen natürlich auf lebhaftes Interesse rechnen. Gaupp.

F. Dumstrey und Magdalene Thumm-Kintzel. Der Menschenkenner. Monatsschrift für angewandte Psychologie. Verlag von Otto Wiegand, Leipzig.

Aus dem Inhalt des ersten Heftes dieser neuen Zeitschrift, die sich vorwiegend mit graphologischen Fragen beschäftigt, seien folgende Aufsätze hervorgehoben: „Kultur und Handschrift" von M. Thumm-Kintzel, „Ausdrucksbewegungen bei Gesunden und Geisteskranken" von Dr. Kapff, „Schreibsachverständige vor Gericht" von Dr. F. Dumstrey, „Wie ist wissenschaftliche Graphologie möglich?" von Dr. W. Borgius. Abraham.

Otto Veraguth: Das psychogalvanische Reflexphänomen. 187 S. 44 Abb. Berlin 1909, S. Karger. M. 6.

In monographischer Form stellt Veraguth seine experimentellen Untersuchungen über den Vorgang dar, den er den psychogalvanischen Reflex (p. g. R.) nennt.

Das erste Kapitel gibt einen allgemeinen orientierenden Bericht. Verbindet man eine galvanische Batterie von niederer, konstanter Spannung mit einem Drehspulengalvanometer und dem menschlichen Körper, so treten, nach Ablauf der Einstellungsschwankungen und bei Vermeidung jeglicher willkürlichen Veränderung des Kontaktes zwischen Elektroden und Körper, nach einer Latenzperiode bis zu mehreren Sekunden noch eine Reihe Schwankungen des Galvanometers auf, die durch endosomatische Vorgänge in der eingeschalteten Versuchsperson verursacht werden. Unabhängig von früheren Untersuchungen in derselben Richtung (Féré 1888, Tarchanoff 1890, Sticker 1897 und Sommer 1902) begann V. seine Untersuchungen im Jahre 1904, nachdem er damals durch eine diesbezügliche Versuchsanordnung des Ingenieurs Müller in Zürich auf die Vermutung eines hier vorliegenden psycho-physiologischen Vorganges gekommen war.

Die genauere Versuchsanordnung besteht aus zwei hintereinander geschalteten Leclanché-Elementen mit einer Dauerspannung von je 1,2 Volt, mit deren einem Pole ein Spiegelspulengalvanometer nach Deprez-d'Arsonval verbunden ist. Als Nebenapparat zum Galvanometer kann ein sogenannter Shunt eingeschaltet werden, das heißt ein auf den Eigenwiderstand des Galvanometers geeichter Nebenschlußwiderstand. Galvanometer und zweiter Elementenpol sind durch Leitungsdrähte mit den Elektroden verbunden; als solche dienen entweder Nickelhohlzylinder oder Nickelplatten. Meist hat die Versuchsperson die Griffelelektroden mit mäßigem, bequemem Drucke in den Händen zu halten. Die Beobachtung der Spiegeldrehungen geschieht im verdunkelten Zimmer auf zwei Arten: die subjektive Ablesung findet auf einer transparenten Zelluloidskala statt, die in 500 mm eingeteilt ist, und auf die ein Lichtfleck, der vom Galvanometerspiegel reflektiert wird, geworfen wird. Dadurch werden die Spiegelbewegungen auf der Skala sichtbar. Die objektive Methode der Spiegelaufzeichnungen besteht im Photographieren des vom Spiegelgalvanometer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reflektierten Lichtflecks auf einem sich bewegenden Film, auf dem außerdem die Sekunden und die Reizmomente photographisch aufgenommen werden können.

Einige typische Versuche orientieren zunächst über die Ruhekurven. Bei Einschaltung einer normalen Versuchsperson und Fernhaltung sensorischer Reize sowie intrapsychischer affektbetonter Vorgänge sinkt der Spiegelgalvanometer im Verlauf von ungefähr 15 Minuten von einem anfänglichen Maximum der Drehung zu einem schließlichen tiefen Werte, d. h. die Kurve der Stromintensität nimmt allmählich ab.

Reizkurven werden gewonnen durch sensorische Reize (akustische, optische, Schmerzreize) oder durch höhere endopsychische Vorgänge (indifferente und differente stumme Lektüre, Assoziationsversuche mit und ohne sprachliche Reaktion, „authochtone" psychische Reize, z. B. Kopfrechnen, Denken an etwas Gefühlsbetontes aus der jüngsten Vergangenheit und ebenso aus älterer Zeit). Bei all diesen Reizen treten nach einer Latenzperiode bis zu verschiedenen Sekunden je nach dem Reiz verschiedene Spiegelausschläge auf. Zu beachten ist bei all diesen Reizen das eventuelle Auftreten von Erwartungsschwankungen: weiß nämlich die V.-P., daß ein Versuch ganz nahe bevorsteht, so tritt häufig ein Spiegelausschlag ein. Diese Erwartungskurven steigen und fallen langsam, während die Reizkurven plötzlich ansteigen, um mehr oder weniger langsam abzufallen. Das Ergebnis dieser zahlreichen Reizversuche ist: die Variation des elektrischen Stromes verläuft im Sinne der Intensitätszunahme, wenn die V.-P. Reizen ausgesetzt wird. Auch bei den sensoriellen Reizen ist eine psychische Komponente als notwendig zur Hervorbringung des g. R. anzunehmen. So findet die g. Reaktion z. B. bei denjenigen akustischen Reizen statt, die die Aufmerksamkeit der V.-P. erregen, d. h. sie ist elektiv. Bei Wiederholung des Reizes tritt eine Erschöpfung des Phänomens ein, während der Reiz nach einer Pause wieder aktuell wird. Auch bei den höheren psychischen Reizen ist die galvanische Reaktion elektiv, indem ein quantitativer Unterschied besteht zwischen den Reaktionen auf Reize, die von Gefühlsbetonung begleitet sind, und solchen, die es nicht sind. Außer durch das Moment der Gefühlsbetonung wird die Stärke der g. Reaktion auch bei den höheren psychischen Reizen durch deren Aktualität bedingt; diese kann auch darin bestehen, daß die Reize für die V.-P. deshalb gefühlsbetont werden, weil sie von der Person des Experimentators ausgehen.

Der zweite Bericht handelt von der Verwendung des p. g. R. zur objektiven Darstellung von Sensibilitätsempfindungen und -störungen. Da die Beobachtung ergibt, daß die zentrifugale Auslösung des psychogalvanischen Reflexes bei Einhaltung der Versuchsbedingungen der Willkür der V.-P. gänzlich entzogen ist, so kann der p. g. Reflex ein Mittel bieten zur objektiven Kontrolle derjenigen Sinnesfunktionen, die von einem Affekt gefolgt werden, also in erster Linie den Empfindungen, die intensiven Affekt (meist ein Unlustgefühl) oder wenigstens den Affekt der Aufmerksamkeit erregen können. Als genauere Fragestellung ergibt sich: Dient der p. g. R. zum objektiven Existenznachweis von sensiblen Empfindungen nach relativ kurzdauernden exogenen Reizen und von pathologischer Reizschwellenverschiebung dieser Empfindungen? Nach Besprechung der Kautelen der Methode schildert V. die Resultate seiner Untersuchungen des g. g. R. bei den verschiedensten neurologischen Fällen (posttraumatische totale Dorsalmarkdurchtrennung, Trigeminus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Neuralgie, hyperalgetische Zonen an früheren Kontusionsstellen des Kopfes, traumatische Ulnarislähmung, Klumpke'sche Plexuslähmung, Syringomyelie, alte Tabes, hysterische Hemianästhesie). Epikritisch ergibt sich die Bejahung der gestellten Frage, zum großen Teil unbedingt, zu einem kleinen Teil bedingt. Die Einschränkung der Brauchbarkeit des p. g. R. zur objektiven Prüfung der Sensibilität für exogene Reize bezieht sich nur auf das Berührungsgefühl, über dessen Erregung oder Nichterregung durch einen adäquaten Reiz das Experiment nicht immer Aufschluß gibt (geringe Affektbetonung der einfachen Berührungssensibilität und individuelle Kleinheit der p. g. Reaktion überhaupt bei einzelnen V.-P.). Die Resultate der Untersuchung hysterischer Anästhesien nehmen eine Sonderstellung ein. Hier besteht konstante Disproportion zwischen subjektiver Angabe und objektivem Galvanometerbefund, d. h. hysterische Anästhesien verhalten sich galvanoskopisch anders als organisch bedingte, womit ein Mittel zur Differentialdiagnose gegeben ist. Der praktische Nutzen vorstehender Ergebnisse liegt darin, daß wir es mit dem p. g. R. in der Hand haben, die Angaben von Exploranden über exogen zu erzeugende Schmerzen oder über Anästhesien objektiv zu kontrollieren. Auch einige orientierende Tierversuche (Hunde, Katzen, Kröten) wurden von V. angestellt; sie ergaben den Reflex in einer dem Menschen analogen Weise, wodurch sich interessante Ausblicke eröffnen.

Weitere Untersuchungen über den p. g. R. als Indikator der Affektspannung bringt der dritte Bericht. Die Bedeutung des p.-g. R. für die Psychologie und Psychopathologie sieht V. in der Tatsache, daß dieser einen zentrifugalen, körperlichen Begleitvorgang von Gemütsbewegungen der Untersuchung durch ein Meßinstrument zugänglich macht, und es ist nach ihm der methodologische Schwerpunkt dieser neuen experimentell-psychologischen Forschungsart einstweilen im psychogalvanischen Assoziationsexperiment zu suchen. Denn dieses zeichnet sich dadurch aus, daß die affekterregenden Reize einer Versuchsreihe wenigstens eine Einheitlichkeit besitzen — sie sind immer sprachliche Reize — und daß die zeitliche Reihenfolge dieser Reize der erheblich langen Latenzperiode des p. g. R. angepaßt werden kann. V. untersuchte nun mit Cloëtta den p. g. R. im Vergleich mit den Pulsationen des Schädelinhalts bei einem Patienten mit traumatischer Stirnbeinläsion, die einen nur mit Haut überkleideten, aber sonst gut geheilten Defekt erzeugt hatte. Das wesentliche gemeinschaftliche Moment in beiden somatischen Vorgängen als Ausdrucksmethoden für psychisches Geschehen dürfte nach V. darin liegen, daß beide komplexer Natur sind und daß in der Genese affektive Wellen eine Rolle spielen können; doch fehlt der zeitlichen Koinzidenz beider Phänomene die Konstanz, zwischen Höhe der g. Reaktion und vasomotorischer Exkursion besteht kein Parallelismus und die vasomotorische Welle braucht, wenn sie einmal durch den Affekt angeregt ist, viel längere Zeit, um sich zu beruhigen, als die p. g. Kurve, kurz die p. g. Reaktion gibt eindeutigere Kurven, als die Registrierung der Schädelinhaltsbewegung. Mit der pneumographischen Kurve ist der p. g. R. von Peterson und Jung (Brain, August 1907) verglichen worden, eine eingehende Kritik versagt sich V. mangels genügend zahlreicher eigener Versuche in dieser Hinsicht. Vergleichende Untersuchungen über Reaktionszeit und p. g. R. beim Assoziationsexperiment hat auch V. angestellt; er konnte zunächst auf grund eigener Nachprüfungen die über dem wahrscheinlichen Mittel liegenden Reaktionszeiten als Indikatoren für gefühlsbetonte Vorgänge im Sinne Jung's

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bestätigen. Ein Assoziationsversuch mit sprachlicher Reaktion ergab einen Parallelismus von multipler galvanischer Reaktion mit verlängerter Reaktionszeit, also weitgehende Übereinstimmung der beiden Affektindikatoren. Auch bei dem „Stirnhirnfalle" wurden Assoziationen nach dem Jung'schen Schema aufgenommen und dann Reaktionszeiten und p. g. R. verglichen, wobei die hohen Reaktionszeiten keineswegs mit den hohen Ausschlägen koinzidieren. Außer Peterson und Jung hat dann Binswanger im psychologischen Laboratorium der psychiatrischen Klinik in Zürich den p. g. R. mit den Reaktionszeiten beim Assoziationsexperiment verglichen (Journ. f. Psychol. u. Neurol., Bd. X, 1907). Das Hauptverdienst der Binswanger'schen Arbeit sieht V. in dem Versuch, über die Assoziationskurve hinaus noch eine sekundäre Welle in der Linie eines fortlaufenden p. g. Assoziationsversuches festzustellen: die „Komplexkurve".

Nach verschiedenen Überlegungen stellt sich nun V. die Frage: Gelingt es durch p. g. Assoziationsexperimente, die unter bestimmten Kautelen mit den gleichen Reizworten zu verschiedenen Zeiten wiederholt werden, die Variation des Affektbetrages einer Vorstellung zu erkennen? Seine Methode bestand darin, daß er unter das gewöhnliche Jung'sche Reizwörterschema verfängliche kritische Reizworte einstreute, die zu einem ihm anderweitig bekannten rezenten Affekt der V.-P. in Beziehung standen (ähnlich wie sie Jung für die Tatbestandsdiagnostik anwandte); die V.-P. hatte nur aufzuhorchen, nicht verbal zu reagieren. Die Distanzen der Wiederholungen der Versuche betrugen mindestens 24 Stunden. Als Resultat findet V., daß die Berührung des gleichen affektbetonten Vorstellungskomplexes eines Individuums zu verschiedenen Zeiten durch den gleichen Vertreter der Außenwelt mittels der annähernd gleichen Reize ein Abklingen der g. Reaktion ergibt, das eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt. Die Kurve, die dieses Abklingen ergibt, schlägt V. vor, am besten die p. g. Aktualitätskurve der betreffenden Vorstellungsaggregate zu nennen.

Einige Eigentümlichkeiten der p. g. Reizkurve werden im vierten Bericht besprochen. Die Latenzperiode, also die Zeitstrecke zwischen dem Moment des Reizes, der die V.-P. trifft, und dem Beginn des Ausschlags am Galvanometer, ist das entscheidende Kriterium zur Erkennung der psychisch bedingten unter all den möglichen Galvanometeroszillationen; die längst beobachtete beträgt 14 Sekunden. Bei verschiedenen Individuen kann die Latenzperiode unter gleichen Reizen verschieden sein, auch variiert sie beim gleichen Individuum unter gleichen Reizen. Weitere experimentelle Untersuchungen ergaben, daß die Latenzperiode an Händen und Füßen gleich lang ist und daß sie beim gleichen Individuum an einer bestimmten Körperstelle nicht abhängt von deren Entfernung vom Gehirn, daß sie aber von den unmittelbar vorhergegangenen elektrischen Erscheinungen an der betreffenden Hauptstelle abhängt. Ferner bekundet sich kein Zeitunterschied in der Erregung des zentrifugalen Vorganges für beide Körperhälften bei Reiz der einen Körperhälfte. Von diphasischen Schwingungen redet V., wenn solche dem Hauptausschlag in entgegengesetzter Richtung vorangehen; sie sind inkonstant und bei V.'s Anordnung ungewöhnlich (1—2 %). Sie stellen sich dar als zwei entgegengesetzte Phasen einer Kurve. Multiple Reaktionen, d. h. Reizschwankungen mit zwei- oder mehrgipfligem Kurvenhügel auf einen Reiz hin, treten mit Vorliebe nach besonders intensiven Reizen auf. Sie wären aufzufassen entweder als zwei- oder mehrgliedrige Folgen von affektbetonten Vorstellungen auf einen Reiz, wodurch sich eine Superposition einzeln

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erregter galvanischer Wellen ergäbe, oder es kann ein starker Reiz vom Gehirn die Peripherie zu multiplen Reaktionen veranlassen; dies hält V. für wahrscheinlicher. Immerhin sei dabei eine kräftige zentrifugale Entladung anzunehmen, so daß in diesen Reaktionen ein wertvoller elektiver Indikator für Affektvorgänge vorliege. Über die Variation der Reizkurve bei schnell wiederholten einfachen Sinnesreizen stellte V. fest, daß sie eine Funktion der jüngsten elektrischen Vergangenheit der Elektrodenapplikationsstellen sei.

Beiträge zur Frage nach der Entstehung des Phänomens bringt der fünfte Bericht. Elektrologische Verwandte des p. g. R. sind die Vorgänge, bei denen sich interne Vorgänge, die sich in einem Organismus auf einen Reiz hin abspielen, durch die intakte Begrenzung (Haut, Membran im allgemeinen) hindurch nach der Außenwelt galvanoskopisch äußern. Die Haut ist beim p. g. R. der Teil des Organismus, dessen elektrische Vorgänge sichtbar gemacht werden, und zwar ist die Haut, die im p. g. R. antwortet, indirekt gereizt. Das Galvanometer gibt Variationen der Stromintensität kund. In den bisher angewandten Techniken liegen drei elektrologisch verschiedene Typen vor: 1. Anordnung von Tarchanoff-Sticker: hierbei fehlt eine exosomatische Stromquelle; die Elektroden sind unpolarisierbar. Es treten dabei endosomatische elektromotorische Kräfte namentlich in der Haut auf. 2. Anordnung nach Sommer-Fürstenau-Knauer: hier haben wir neben den variabeln Stromquellen im Körper zwei episomatische Elemente (Haut-Elektrolyt-Metall); die Hauptrichtung der Reizausschläge ist konstant. 3. Anordnung Veraguths: hier ist die Richtung der Reizhauptausschläge stets dieselbe. Die elektromotorischen Kräfte an beiden Elektrodenstellen sind unter sich gleich, aber von entgegengesetzter Richtung, und heben sich dadurch gegenseitig auf. Es fehlt also eine inkonstante episomatische elektromotorische Kraftquelle; diese ist ersetzt durch eine konstante exosomatische elektromotorische Kraftquelle, was zur Eindeutigkeit der Resultate beitragen dürfte.

Bei der Analyse der einzelnen Größen der diesen Anordnungen entsprechenden Ohm'schen Formeln erhebt sich die Frage, woher die endosomatische elektromotorische Kraft stammt und warum sie variabel ist. Als Quellen für diese elektromotorische Kraft kommen in Betracht die Aktionsströme der Nerven (spinal und sympathisch), die Drüsenströme, die Begleitströme der glatten wie der quergestreiften Muskulatur. Es darf bei der Frage nach der Entstehung des p. g. R. nicht außer acht gelassen werden, daß es sich im Körper nie nur um ein reines Zu- oder Abnehmen der Leitfähigkeit, sondern immer zugleich um eine Variation der endosomatischen elektromotorischen Kräfte handelt. Gegen den gewöhnlichen Einwurf, der p. g. R. sei nichts anderes, als der Ausdruck von durch den Reiz provozierten unwillkürlichen Bewegungen der Handmuskeln, die den Kontakt mehr oder weniger fest gestalten, sprechen die Latenzperiode und die negativen Vorschläge, sowie die Verwendbarkeit anderer Elektroden (Fingerhüte, Gummiblasen mit Stanniolüberzug und gleichzeitig Marey'scher Tambour, flüssige Elektroden). Überblickt man die Ohm'schen Formeln für die verschiedenen Versuchsanordnungen, so kommt bei keiner davon nur Änderung der elektromotorischen Kräfte oder nur solche des Widerstands im Körper der V.-P. in Betracht. Bei seiner Anordnung sieht V. in der Variation des Hautwiderstandes, die der vielfach die endosomatische elektromotorische Kraft an Spannung überragenden exosomatischen elektrischen Kraft entgegengebracht wird, das, was hauptsächlich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Galvanometerbewegung nach Reizung der V.-P. ausdrückt. Man kann also sagen, daß das p. g. Phänomen in V.'s Anordnung ein Ausdruck der Widerstandsvariation der Haut unter psychischem Reize sei.

Der letzte Bericht handelt vom Reflexbogen beim p. g. Phänomen. Die Bezeichnung als Reflex wurde von V. wegen der Dreiteiligkeit der nervösen Substrate (Zuleitung, Zentralorgan, Nerven zum ausführenden Organ) gewählt. Über die zentralen Auslösungsinstanzen resümiert V. als feststehend, daß die psychologische Bedingung zum Zustandekommen des p. g. R. die Mitbeteiligung der Affektivität (Bleuler) sei, daß er also an eine gewisse Bewußtseinshöhe gebunden sei. Durch einen interessanten Versuch, bei dem eine Nadel als Pol unter die Haut und die andere Elektrode darüber gebracht wird, läßt sich beweisen, daß die Haut der Palma manus Antwortorgan des p. g. R. ist, und zwar ohne Mithilfe der darunter liegengen Organe, und weiter, daß das Phänomen sowohl (bei Vorhandensein einer exosomatischen Stromquelle) in der Variation der Leitfähigkeit als auch (besonders bei Fehlen einer exosomatischen Stromquelle) in der Variation in der Haut lokalisierter elektromotorischer Kraft begründet sein muß. An Schleimhäuten ist das Phänomen nicht nachweisbar. Hand- und Fußflächen sind die Elektivstellen für den p. g. R. Stichproben an der Haut des Vorderarmes ergaben ein grundsätzlich verschiedenes Verhalten von dem der Haut der Palma manus. Histologisch ist festgestellt, daß sich an Palma und Planta eine besonders dichte Schweißdrüsenanordnung befindet. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Vasomotoren und p. g. Phänomen besteht nicht. Eine mit Belladonnapflaster zur lokalen Vergiftung der Schweißdrüsen behandelte Hautstelle ist quantitativ geringer geeignet zur Abgabe der p. g. Antwort, als symmetrische Hautstellen, die nicht so behandelt wurden, d. h. es bedeutet die Lahmlegung der Schweißdrüsentätigkeit Veränderung der p. g. Reaktionsfähigkeit der Haut oder m. a. W. die Haut, die p. g. antwortet, tut dies hauptsächlich deshalb, weil sie viele Schweißdrüsen besitzt. Die elektrischen Eigenschaften der Palma und Planta beschränken sich nicht auf die Variabilität des Leitvermögens für exogenen Strom, sondern sie können, wie das elektrische Organ gewisser Fische, auf reflektorisch erregten Reiz vom Zentralnervensystem aus elektromotorische Kräfte frei werden lassen, d. h. die Haut der Hohlhand und der Fußfläche ist in bevorzugtem Maße das elektrische Organ des Menschen.

Nach diesem Überblicke über das Wesentliche der interessanten, reichhaltigen Monographie schließt man sich gern der Ansicht des Verf., die er im Vorwort äußert, an, daß das p. g. Phänomen schon in dem bis jetzt Gebotenen reiche Perspektiven eröffnet und auf neurologischem, psychologischem und physiologischem Gebiete eine Menge präziser Fragestellungen ermöglicht, die zu eingehender, weiterer Erforschung und Bearbeitung einladen.

Stockmayer (Tübingen).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Referate und Kritiken.

Erkrankung der peripheren Nerven und Muskeln.

Julius Donath (Budapest): Die Sensibilitätsstörungen bei peripheren Gesichtslähmungen.

(Neurol. Zentralbl. 1906, S. 1039—1045.)

Unter 45 auf die Sensibilität untersuchten Fällen von peripherer Gesichtslähmung war die Sensibilität auf der gelähmten Gesichtshälfte verringert in 20, gesteigert in zwei Fällen, in der gleichseitigen Körperhälfte aber ebenfalls verringert in 15, gesteigert in zwei Fällen; eine Herabsetzung der Sensibilität in der gelähmten Gesichtshälfte allein war nur in fünf Fällen oder 11,6 % vorhanden. In den übrigen Fällen war also der Sensibilitätsunterschied nicht durch die Facialislähmung bedingt, sondern durch die auch bei normalen Personen oft vorhandene Differenz der Sensibilität beider Körperhälften. Schmerzen auf Seite der Lähmung hat Verfasser in 75 unter 175 Fällen oder in 42,9 % gefunden. Die Lokalisation ist verschieden, auch der Beginn variiert (meist einige Stunden, selbst mehrere Tage vor Eintritt der Lähmung), noch mehr die Dauer, von einigen Stunden bis sechs Wochen, in einzelnen Fällen bis zu sieben Monaten. Verfasser faßt die Sensibilitätsstörungen, sowie die Schmerzen als Schädigungen der Endigungen des Trigeminus, des Plexus cervicalis bzw. der übrigen sensiblen Nerven des Kopfes auf, bedingt durch dieselbe Noxe, die den Facialis getroffen hat. Hoppe (Königsberg).

G. Voß: Zur Frage der erworbenen Myotonien und ihrer Kombination mit der progressiven Muskelatrophie und angeborenem Muskeldefekt.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 34.)

46jähriger Mann erkrankte vor zehn Jahren an Schwäche und Steifigkeit in den Händen, die allmählich zunahmen, und zu denen im Laufe der letzten zwei Jahre auch Störungen in den Beinen und Schmerzen im Rücken hinzutraten. Keine Heredität. Zurzeit hochgradige Atrophie an den Unter- und Oberarmen, weniger an den Händen, und geringen Grades in der rechten Peronealmuskulatur. Beweglichkeit in den betroffenen Teilen relativ gut erhalten, Kraft mäßig herabgesetzt. Vereinzelte fibrilläre Zuckungen. EaR im Deltoideus und im Thenar. MyR im Biceps. MyaR in den Bauchmuskeln. Sehnenreflexe an den Armen und Achillessehnen erloschen. Die Patellarreflexe meist nicht auszulösen, sonst herabgesetzt. Subjektiv dabei myotonische Erscheinungen in den Händen und Beinen. Dellenbildung in der Zunge. Partieller Defekt aller Bauchmuskeln links. Kryptorchismus links. Kalberlah.

Marx: Ein Fall von multipler Neurofibromatose.

(Zeitschrift für Augenheilkunde, Bd. XIX, Nr. 6, Juni 1908, S. 528.)

Der bei einem 24jährigen Mann beobachtete Fall zeichnet sich dadurch aus, daß sich neben den überall verstreuten, jedoch am Rumpf besonders zahlreichen weichen, linsen- bis haselnußgroßen Tumoren auch ebenso verteilte Pigment- und blaue Flecken fanden. An der Außenseite des rechten Oberschenkels

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

war ein markstückgroßer Naevus vasculosus vorhanden. Im Sulcus bicipitalis int. des rechten Oberarmes steht ein kleiner Tumor mit einem Nervenstamm in Verbindung. Die Lider des rechten Auges sind verdickt, von schwappig-weicher Beschaffenheit, man kann im Oberlid einen feinen, spindelförmig verdickten Strang fühlen. Es besteht beträchtliche Ptosis. Die Knochen des Jochbeinrandes sind verdickt. Bulbi normal, geringe Kyphoskoliose, im übrigen normaler Körperbefund. Zur Beseitigung der Ptosis wurde der Lidtumor nach Möglichkeit entfernt, auch wurde ein kleiner Tumor vom Rumpf exzidiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab a) Lidtumor: zahlreiche Quer- und Längsschnitte verdickter Nervenstränge. Die Verdickung ist durch eine Wucherung des endoneuralen und perineuralen Bindegewebes bedingt. Die Nervenfasern sind weit auseinander gedrängt, stellenweise sind jedoch auffallend viele Nervenfasern zu sehen. Das Tumorgewebe, das aus einem sehr zellreichen Bindegewebe mit undeutlicher fibrillärer Struktur besteht, nimmt an der Peripherie der Nervenfasern deutlich konzentrische Schichtung an und geht in das Perineurium über. Es sind zahlreiche Mastzellen vorhanden, die teilweise auffällig groß sind und rötlich gefärbtes (polychrom. Methylenblau) Protoplasma mit spongiöser Struktur haben.

b) Rumpftumor: bei weitem nicht so zellreich, dafür gefäßhaltiger. Die spärlich vorhandenen Nervenfasern zeigen dieselben Veränderungen wie im Lid. Tiefliegende Knäueldrüsen mit neurofibromatösen Massen umgeben. Abgrenzung des Tumors nur undeutlich, stellenweise gehen strangförmige Züge in die Umgebung aus.

Besondere Beachtung verdient, daß auch eine Schwester an Neurofibromatose leidet (nach Untersuchung von Dr. Adrian), und daß der Lidtumor durch zweimaliges Trauma entschieden im Wachstum begünstigt wurde.

C. Brons (Dortmund).

Neurosen und Verwandtes.

H. Oppenheim: Zur Lehre von der Periodizität nervöser Krankheitserscheinungen.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 7—11.)

O. teilt fünf Fälle von Herderscheinungen auf syphilitischer Grundlage (Hirnlues) mit, bei denen ein regelmäßiger Wechsel von guten und schlechten Tagen (die Beschwerden bestanden meist in neuralgiformen Schmerzen in der hemiparetischen Körperhälfte mit allgemeiner Hinfälligkeit und Depression) stattfand. Außerdem berichtet er kurz über einige Fälle von Optikusatrophie, wo ein regelmäßiger Turnus der Empfindung eines hellen und eines dunklen Scheines in den Augen auftrat, sowie über einen Patienten, bei dem regelmäßig alle fünf Tage eine quälende Übelkeit sich zeigte. O. meint, daß es sich nicht um Hysterie handelt, sondern daß in der Organisation des Nervensystems einzelner Individuen die Disposition zu einem periodischen Auftreten von Krankheitszuständen begründet sei, die in der Regel betont bleibe, bis sie durch eine das Gehirn treffende Schädlichkeit in Form einer Herderkrankung geweckt werde.

Die Diskussion zu diesem in der Berliner Gesellsch. f. Psychiatrie u. Neurologie, Dezember 1908, gehaltenen Vortrag befindet sich in diesem Zentralbl. 1908, S. 164—166.

Hoppe (Königsberg).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Röder (Elberfeld): Absolute und relative Indikationen zur Alkoholanwendung bei einigen nervösen Zuständen.

(Mediz. Klinik 1908, Nr. 45.)

Der Artikel, welcher einen auf der diesjährigen Naturforscherversammlung zu Köln gehaltenen Vortrag wiedergibt und dessen Einzelheiten hier nicht referiert werden können, spricht sich scharf gegen die noch immer geübte kritiklose therapeutische Verwendung des Alkohols aus und fordert besseres Studium der Alkoholfrage seitens der medizinischen Allgemeinheit in bezug auf ihre sozialhygienische Bedeutung. Liebetrau (Hagen i. W.).

Schultze (Greifswald): Über hysterische Hemiplegie.

(Deutsche medizin. Wochenschrift 1908, Nr. 13.)

Der Verfasser bespricht in Form eines Vortrags die Krankheitszeichen eines Falls von Unfallhysterie, welche 9 Jahre lang besteht und neben anderen hysterischen Stigmata besonders durch schlaffe Lähmung der rechten Gliedmaßen, Spasmus des rechten Genioglossus und Orbicularis oculi und eine eigenartige Verwechslung von rechts und links am Körper gekennzeichnet ist. Die Differentialdiagnose hysterischer Lähmungen wird sorgfältig erörtert.

Müller (Dösen).

Kahane (Wien): Hysterie und Hochfrequenzströme, nebst Bemerkungen zur Pathogenese der Hysterie.

(Mediz. Klinik 1908, Nr. 43.)

Verfasser hat seit Jahren die Wirkung von Hochfrequenzströmen auf den menschlichen Körper studiert und als allgemeines Resultat bei lokaler Applikation Gefäßverengerung, Sekretionsbeschränkung, Schmerz- und Juckreizlinderung gefunden, während allgemeine Anwendung neben Beruhigung eine gewisse Anregung erzielt. Interessant war nun der verschiedene Effekt bei Neurosen: gegenüber günstiger Beeinflussung der Neurasthenie stand eine deutlich ungünstige bei Hysterie, indem manifeste Erscheinungen verschlimmert, latente manifest wurden. Gewöhnlich verweigerten die hysterischen Patienten wegen der unangenehmen subjektiven Empfindungen weitere Behandlung mit der Methode. Diese auffallenden Tatsachen geben K. Veranlassung, für die bisher trotz enormer Arbeitsaufwendung noch immer dunkle Pathogenese der Hysterie die Möglichkeit in Erwägung zu ziehen, daß diese Krankheit auf Störungen des Nervensystems bezüglich der Reaktion gegen bestimmte elektrische Energieformen beruhe, und zu erneutem Studium auf dem Gebiete der vitalen Elektrizität unter Verwendung der neuesten physikalischen Forschungsresultate anzuregen.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Max Isserlin: Die Erwartungsneurose.

(Münch. med. Wochenschr. 1908, S. 1427 ff.)

Eine Besprechung der Erwartungsneurose Kraepelin's unter Anführung von Fällen. Die gemeinsame Grundlage der Störungen, die unter dem Namen Erwartungsneurose zu einer klinischen Einheit zusammengefaßt werden sollen, ist in der ängstlichen, zu pathologischen Reaktionen führenden Erwartung eines bestimmten Ereignisses zu suchen. Die Störungen, welche beobachtet werden, sind sehr zahlreich, das Bild des einzelnen Krankheitsfalles ist dagegen sehr einförmig. Besonders oft ist gestört oder unmöglich gemacht das Lesen, das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schreiben, das Gehen, Stehen (Gehstottern, manche Fälle von Astasie und Abasie), Schlafen, Sprechen, Schlucken, Harnlassen (Harnstottern). Viele Fälle psychisch bedingter Impotenz gehören hierher. Sonst mechanisch und unbewußt ablaufenden Prozessen wird infolge irgendwelcher vorübergehender, gewöhnlich geringfügiger Unregelmäßigkeiten eine gespannte Erwartung zu teil, es wird ihnen eine unangebrachte Aufmerksamkeit zugewandt. Wegen dieser übermäßigen Beachtung laufen die Funktionen um so gestörter ab und schließlich können, infolge der bei der regelmäßigen Wiederkehr der Erscheinungen sich immer stärker entwickelnden Erwartungsspannung, die schwersten Krankheitsbilder hervorgerufen werden.

Es handelt sich um psychogene Störungen bei psychopathisch Veranlagten. Das souveräne Heilverfahren ist die psychische, vor allem die hypnotische Behandlung. Die Symptome der Erwartungsneurose kann man der Hysterie zurechnen, wenn man als hysterisch alle Krankheitserscheinungen ansieht, welche in Vorstellungen ihren Ursprung haben. Man hat es aber hier mit Krankheitsbildern zu tun, bei denen sonst alle Zeichen der Hysterie, insbesondere ein ausgeprägter hysterischer Charakter fehlen, mit Symptomen, welche nur bei bestimmten Anlässen unter dem Zeichen der gespannten Erwartung aufzutreten pflegen und die alle durch einen eigenartigen Verlauf, das langsame Fortschreiten, wenn nicht geeignete Behandlung eingreift, ausgezeichnet sind. Die als monosymptomatische Hysterie gewöhnlich bezeichneten Fälle sind vorwiegend als Erwartungsneurose aufzufassen. Gegenüber der Neurasthenie ist das Fehlen der durch Erschöpfung oder angeborene Veranlagung bedingten Ermüdbarkeit anzuführen. Die Phobien unterscheiden sich von der Erwartungsneurose durch die bei ihnen vorhandene peinigende, von den Kranken als Zwang empfundene Angst, der gegenüber die Gegenstände der Befürchtung gewissermaßen eine sekundäre Rolle spielen. Bei der Erwartungsneurose bestehen nicht eigentliche Angstgefühle. Ganz bestimmte Erlebnisse geben hier die Ursache der Erwartungsspannung ab, die dauernde Wiederholung immer des gleichen Vorgangs führt zu den schweren Störungen, die Störung der Funktion führt die Kranken zum Arzt. Die Unfallhysterie zeigt im Gegensatz zur Erwartungsneurose umfassendere Krankheitserscheinungen und eine schwerere Veränderung der ganzen seelischen Konstitution.

Wickel (Obrawalde).

W. Stoeltzner: Spasmophilie und Calciumstoffwechsel.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 58—65.)

St. hat im Jahrbuch für Kinderheilkunde die Hypothese aufgestellt, daß der Spasmophilie eine Calciumstauung der Gewebeflüssigkeit zugrunde liege, für die als Bedingung eine Insuffizienz der kalkausscheidenden Funktion des Darms sei. St. verteidigt diese Hypothese gegen die darauf erfolgten Angriffe an der Hand einiger Beobachtungen. Hoppe.

E. Feer (Heidelberg): Die idiopathischen Krämpfe (Spasmophilie) des frühen Kindesalters.

(Correspondenzblatt f. Schweiz. Ärzte 1908, Bd. XXXVIII, Nr. 22, 15. Nov.)

Spasmus glottidis, Eklampsie und Tetanie bei Kindern stellen nach den Erfahrungen des Verfassers eine nosologische Einheit dar. Für die ihr zugrundeliegende Störung, welche aber durchaus nicht immer Krämpfe auszulösen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

braucht, schlägt er die Bezeichnung „Spasmophilie“ vor. Er nimmt an, daß dieselbe kausale Beziehungen zu den Epithelkörpern (Nebenschilddrüsen) besitze und wohl identisch mit der Tetanie der Erwachsenen ist. — Dieser krankhafte Zustand der Spasmophilie charakterisiert sich in erster Linie durch galvanische und mechanische Übererregbarkeit der peripheren Nerven und durch die Neigung zu gewissen klonischen und tonischen, lokalen oder allgemeinen Krämpfen. Es werden also alle diejenigen Fälle dazu gerechnet, die bis dahin nicht Krämpfe gehabt haben und vielleicht auch nimmer bekommen werden. Diese Fälle von lokalen Spasmen sind außerordentlich viel häufiger als manifeste Spasmophilie, da nur ein kleiner Teil der so veranlagten Kinder wirklich an Krämpfen erkrankt.

Von den einzelnen Krankheitserscheinungen ist das schärfste und unzweideutigste Kriterium die galvanische Übererregbarkeit, die sich schon bei Eintritt der KaO-Zuckung unter 5 MA zu zeigen pflegt. Das häufigste und konstanteste Anzeichen für Spasmophilie ist aber das Facialisphänomen. Dazu kommen noch einige andere charakteristische Momente, wie die Familienanlage (oft sind mehrere Kinder an Krämpfen erkrankt oder gestorben; die Eltern zeigen Facialisphänomen, sind wohl auch neuropathisch), die Bevorzugung gewisser Altersstufen (im Alter von $^1/_2$—2 Jahren), sowie gewisser Jahreszeiten (in der warmen Jahreszeit mindern sich die Fälle sehr rasch und im Winter steigen sie langsam an, so daß ein starkes Maximum im Frühjahr sich kundgibt mit einem Gipfel im März oder April), ferner die Beziehungen zur Rachitis (die spasmophilen Kinder sind größtenteils gleichzeitig rachitisch) und zur Ernährung (überfütterte Kinder, welche vorzugsweise Kuhmilch oder auch Mehlnahrung erhalten haben, oder fette, pastöse werden mit Vorliebe befallen).

Die spasmophilen Kinder weisen eine große Sterblichkeit auf; über die Hälfte der überlebenden werden körperlich und geistig minderwertig. Sehr häufig läßt sich an ihnen noch nach vielen Jahren das Facialisphänomen nachweisen. Öfters werden diese früher spasmophilen Kinder bis zur Pubertät ab und zu von eklamptischen Anfällen (Späteklampsie) heimgesucht, die von echter Epilepsie nicht zu unterscheiden sind. Indessen gehen sie niemals in echte Epilepsie über.

Die Prophylaxe hat die natürliche Ernährung der Kinder zu berücksichtigen. Bei künstlicher Ernährung ist eine Überfütterung zu vermeiden, im besonderen mit Kuhmilch und Mehlspeisen. Knappe Kost genügt zumeist, um die manifesten Erscheinungen der Spasmophilie zum Verschwinden zu bringen. Liegt Eklampsie oder Spasmus glottidis vor, so greifen energischere Maßnahmen Platz; energisches Abführmittel (Kalomel) und reine Tee- oder Wasserdiät für 1—2 Tage, worauf man auf reine Schleim-Milchnahrung für 4—7 Tage übergeht. Das Unterlassen dieses Verfahrens bei Spasmus glottidis hält Verfasser direkt für einen Kunstfehler. Dann kann man wieder vorsichtig zu kleinen, langsam ansteigenden Milchzusätzen übergehen. Auch nebenbei werde Phosphorlebertran verabreicht.

Im übrigen sei die Behandlung symptomatisch. Gegen den Stimmritzenkrampf ist man machtlos; er geht auch meistens ohne Schaden vorüber. Bei wirklichem Atemstillstand sind alle Verfahren umsonst, selbst Intubation und sofortige Tracheotomie. Bei heftigen eklamptischen Anfällen sind vorübergehende Chloroforminhalationen, auch Chloral (2—3mal am Tage als Klysma von 0,5 g) indiziert. Bei hohem Fieber ein Bad von 35° C., rasch auf 33—32° abgekühlt,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Kälte auf den Kopf. Vielleicht erscheint die Implantation frischer Epithelkörper (nach Analogie bei Tetania strumipriva) von Vorteil.

Buschan (Stettin).

L. Pierce Clark (New York) **and E. W. Scripture** (New York): The epileptic voice sign.

(Medical Record 1908, Bd. 74, Nr. 18, 31. Okt.)

Die Verfasser geben eine von ihnen neu entdeckte Erscheinung der Epilepsie bekannt, die großen diagnostischen Wert besitzen soll: das epileptische Stimmzeichen. Sie lassen zu diesem Zwecke die betreffende Person in ein dem Munde festansitzendes Mundstück sprechen, das mittels eines Schlauches die Vibrationen der Stimme auf eine mit Kautschukmembran bespannte Kapsel fortleitet. Auf dieser ruht ein Hebel mit Stift, der auf einer rotierenden Trommel die Veränderungen der Stimme niederschreibt. Beim Hineinsprechen in das Mundstück zeigen sich also auf der Trommel längere oder kürzere Wellen, die bald höher, bald niedriger ansteigen. Jede Vibration wird gemessen und ihre Höhe berechnet, in welcher Weise die Verfasser dabei vorgehen, ist mir nicht ganz klar geworden. Kurz und gut, diese Messungs- und Berechnungsergebnisse tragen sie auf Millimeterpapier auf, verbinden die Spitzen der Ordinaten und erhalten auf diese Weise eine Kurve, die nun ein ganz verschiedenes Verhalten zeigt, je nachdem ein Gesunder oder ein Epileptiker gesprochen hat. Bei jenem läßt sich an dieser Kurve („melody plot") ein beständiges Ansteigen und Abfallen erkennen, hingegen bei der Epileptikerstimme nimmt die Kurve einen zumeist ganz horizontalen, monotonen Verlauf („plateau speech"). Unter 100 Fällen von Epilepsie vermochte Clark allein auf diese Weise schon das Leiden zu diagnostizieren: bei keiner anderen Nerven- oder Geisteskrankheit konnte er dieses Verhalten nachweisen. Das „Stimmzeichen" scheint sich mit der Krankheit zu entwickeln: je häufiger die Epilepsie sich zeigt und von je längerer Dauer sie ist, um so deutlicher ist es ausgeprägt. Weitere Veröffentlichungen zu der angeregten Frage stellen die Verfasser in Aussicht. Über die Methode selbst hat Scripture bereits im Zentralbl. f. Biologie 1906 nähere Angaben gemacht.

Buschan (Stettin).

Max Kauffmann: Zur Pathologie der Epilepsie.

(Münch. med. Wochenschr. 1908, S. 2316 ff.)

Kritische Besprechung besonders der Stoffwechseluntersuchungen bei Epilepsie unter Anführung eigener Befunde.

Wickel (Obrawalde).

Thomas: Migraine and hemianopsia.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Febr. 1907.)

Wie schon Charcot behauptet, kann die gelegentlich bei Migräneanfällen auftretende transitorische Hemianopsie zu einer permanenten werden. Verfasser teilt drei hierher gehörige Fälle mit, von denen allerdings der erste, wie er auch selber zugibt, nicht ganz einwandfrei zu nennen ist. Bei derartigen Beobachtungen muß man mit der Behauptung, daß der Migräneanfall die Hemianopsie veranlaßt oder wenigstens die auslösende Ursache gewesen, sehr vorsichtig sein, da es sich um von der Migräne ganz unabhängige Gefäßerkrankungen handeln kann.

Kölpin.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Viktor Hufnagel: Basedow im Anschluß an tuberkulöse Erkrankungen. (Münch. med. Wochenschr. 1908, S. 2392.)

H. hat öfters tuberkulösen Lungenspitzenkatarrh und Basedow, sowie Skrofulose und Basedow vergesellschaftet gefunden. Eulenburg vermutet als Reiz, der die Schilddrüse trifft und den Basedow hervorruft, eine primäre Veränderung der Blutbeschaffenheit. Nach Annahme H's. ist diese in seinen Fällen durch das Gift gegeben, welches im Blute kreisende Tuberkelbazillen erzeugen. Wickel (Obrawalde).

Heinrich Stern: Thoracic periosteedema of angioneurotic origin. (Medical Record 1908, Bd. 74, Nr. 17, 24. Oktober.)

Im Zentralblatt für innere Medizin 1908, 21. März, hatte Herz als „Pseudoperiostitis angioneurotica" eine neue Krankheit sui generis beschrieben, die sich als eine Gewebeinfiltration in der unmittelbaren Nachbarschaft des Knochens kennzeichne, auf Druck empfindlichen Schmerz verursache und im Gefolge von angioneurotischen Herzparoxysmen auftrete. Nach Stern's Behauptung ist der Symptomenkomplex, wie ihn Herz schildert, außerordentlich vag, außerdem nicht ganz zutreffend und eine bereits bekannte Erscheinung. Er hat schon längst eine gut charakterisierte angioneurotische Erkrankung der äußeren Brustwandung gekannt, die aber weder mit einer kardiovaskularen Neurose zusammenhängt, noch in den meisten Fällen eine Begleiterscheinung derselben ist. Er schlägt für sie die Bezeichnung „Thoracic Periosteedema" vor.

Das Periostoedema thoracicum ist eine transitorische Erscheinung, die keineswegs so selten vorkommt, wie man allgemein annimmt. Sie besteht in einer festen Infiltration der Gewebe über den Rippen, dem Brustbein und seltener auch über den Rippenknorpeln. Ein bestimmter Schmerz ist nicht immer vorhanden; wenn er sich zeigt, ist er aber nur unbedeutend. Dagegen läßt sich wohl stets ein Druckschmerz auslösen, selbst wenn die sichtbare Schwellung vorüber ist (noch nach Wochen und Monaten), so daß man eine chronische Entzündung des Periosts annehmen muß. Das thorakale Periostödem erscheint nicht so plötzlich wie das angioneurotische Ödem der oberflächlicheren Schichten; außerdem beschränkt es sich auf eine einzige Stelle, während dieses zumeist multipel auftritt. Es kann aber eine beträchtliche Ausdehnung annehmen. Für gewöhnlich schwankt seine Größe zwischen der Länge eines Taubeneis und eines ansehnlichen Apfels. Das zirkumskripte Thoraxödem ist fast immer deutlich abtastbar. Unter Umständen vermag es sich auch bis auf die Brusthöhle auszudehnen und mit einer angioneurotischen Schwellung der Schleimhaut der Luftwege einherzugehen; in diesem Falle kommt es zu asthmatischen Beschwerden, Dyspnoe, Herzunregelmäßigkeit u. a. m. Die Temperatur der geschwollenen Partie ist für gewöhnlich um 2 Grad Fahrenheit höher, in anderen Fällen wieder erscheint sie um ein geringes herabgesetzt. Die allgemeine Körpertemperatur wird nicht beeinflußt. Die Fluktuationen der lokalen Temperatur sind von kurzer Dauer, da sie zumeist nur im Entwicklungstadium der Infiltration ausgesprochen sind. Der Ursprung des Ödems ist sicherlich auf eine strukturelle Anomalie des Knochens zurückzuführen, die vielleicht mit schlechter Ernährung des Knochens, wie z. B. infolge von Rachitis oder mit einem Trauma, einer Erkältung usw. zusammenhängt. — Das Periostoedema thoracicum zeigt Neigung, in unregelmäßigen Zwischenräumen wiederzukommen, aber stets an derselben Stelle. Es betrifft vorwiegend

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Personen von neurotischer Anlage. Bei Frauen läßt es sich häufiger beobachten als bei Männern. Menstruationsanomalien scheinen sein Auftreten zu begünstigen. Außerdem zeigt es sich häufiger in der kalten Jahreszeit.

In der Mehrzahl der Fälle erheischt das Leiden keine Behandlung. Heiße Applikationen oder bei heftiger Entzündung das Auflegen von Eisbeuteln mildert die „neuralgischen" Schmerzen mehr als Opiate, Salizylate oder Teerpräparate. Gegenreize erscheinen nicht angebracht; Massage, Elektrizität und Vibration wirken direkt schädlich. Bier'sche Stauung empfiehlt sich bei zu häufigem Auftreten der Schwellung; in zwei Fällen erreichte Verfasser guten Erfolg durch Anwendung von trockenen Schröpfköpfen. Wenn der Druckschmerz nicht mehr vorhanden ist, empfiehlt sich das Anlegen von Heftpflasterstreifen (wie bei Rippenbrüchen) mit Zinkoxyd, und zwar bei der Exspiration. Ist der Patient neurotisch, dann erweisen sich allgemeine Behandlungsmethoden als nützlich. Bei Übergreifen auf die Brusthöhle möchte Verfasser aus theoretischer Überlegung kräftige Schröpfköpfe oder Bier'sche Stauung vorschlagen. — Fünf instruktive Fälle führt er zur Erläuterung an. Buschan (Stettin).

Alfred A. Lustig: Ein Fall von Raynaud'scher Krankheit.

(Münch. med. Wochenschr. 1908, S. 2384 ff.)

Typischer Fall. Verschlimmerungen nach schweren psychischen Erregungen. Im Klimakterium unter Hervortreten von Arteriosklerose, Gangrän an Wangen, Nasenspitze, Ohrmuschelleisten, Fingern, Zehen, Labien, Schleimhaut der Vagina. Im Anschluß werden Pathogenese, Diagnose, Prognose und Therapie besprochen. Wickel (Obrawalde).

Psychiatrie.

Otto Ranke: Über den heutigen Stand der Histopathologie der Hirnrinde.

(Münch. med. Wochenschr. 1908, S. 2319 ff. und S. 2392 ff.)

Überblick über die vorkommenden allgemeinen Veränderungen (Markscheiden, Zellen, Glia, Gefäße) und über das bei den Psychosen bis jetzt Bekannte. Wickel (Obrawalde).

Löwenstein: Beitrag zur Differentialdiagnose des katatonischen und hysterischen Stupors.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXV, 5.)

An einem sehr schönen und illustrativen Beispiel bespricht L. die Differentialdiagnose zwischen dem hysterischen Stupor und dem katatonischen. Die Erkrankung betraf einen typischen Degenerierten, der zahlreiche psychische Stigmata der Degeneration aufwies. Der Stupor selbst war plötzlich aufgetreten, war äußerlich dem katatonischen wohl ähnlich, jedoch fehlte schon das Sinnlose der katatonischen Bewegungsstörungen; die Symptome waren vielmehr, wie besonders die vom Patienten selbst gegebene Katamnese lehrte, bis ins einzelne psychogenen Ursprungs und wurden von äußeren Umständen in weitgehender Weise beeinflußt. Die Vorgeschichte der Katatonie fehlte, dagegen waren hysterische Anfälle und Delirien vorhergegangen. Der Stupor hinterließ keinerlei Defekt, sondern nachher war nur die eigenartige psychopathische Persönlichkeit wiederzufinden. Er hatte im ganzen unter Intermissionen zwei Jahre angehalten.

Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Verfasser teilt wohl die Auffassung, daß die hysterischen Geistesstörungen nur eine spezielle Form der allgemeinen degenerativen sind, hält aber für Fälle, wie den vorliegenden, mit ausgesprochenen hysterischen Symptomen die Bezeichnung „hysterischer Stupor" als die geeignetste. Chotzen.

Koeppen und Kutzinski: Über Schwankungen der Leistungsfähigkeit in Dämmerzuständen.

(Charité-Annalen XXXII.)

Die Verfasser haben durch ein einfaches experimentelles Untersuchungsverfahren wertvolle Aufschlüsse über Wesen und psychischen Mechanismus des Dämmerzustandes erhalten. Sie ließen ihre Kranken einfache, kurze Geschichten oder einzelne Sätze fortlaufend reproduzieren und beobachteten die dabei zu tage tretenden Fehler. Dabei ergab sich zunächst durchweg eine Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit; sowohl die Ansprechbarkeit auf äußere Reize als ihre Verarbeitung zeigten deutliche Störungen. Dazu trat aber alle, Augenblicke noch ein völliges Versagen bzw. eine stärkere Verminderung der Aufmerksamkeit und des Gedankenablaufs, so daß relativ gute und völlig unsinnige Antworten oder totale Auställe in raschem Wechsel nebeneinander auftraten. Diese Schwankungen traten besonders deutlich auch bei den Leseproben hervor.

In diesem auffallenden Wechsel der geistigen Leistungstähigkeit sehen die Verfasser auch die Ursache der folgenden Amnesie: das zeitweise Versagen des Gedankenablaufs verhindert die Kontinuität des Gedankenganges, die Voraussetzung jedes Erinnerns. Kutner (Breslau).

Tomaschny: Der Kopfschmerz bei der Dementia praecox.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych. LXV, 5.)

Der Kopfschmerz ist nicht nur im Beginn, sondern im ganzen Verlauf der Dementia praecox ein häufiges Symptom. Oft geht mit Schwankungen des Krankheitszustandes eine Verschlimmerung und Besserung des Kopfschmerzes einher. Sein Sitz ist sehr verschieden, sein Charakter der mannigfaltigste. Die Ursache sieht Verfasser in einem endogenen Stoffwechselgift; der Kopfschmerz ist ihm ein Beweis für die Hypothese einer solchen Grundlage der Dementia praecox. Chotzen.

Zweig: Zur Lehre von der Amentia.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXV, 5.)

Übersicht über die Symptomatologie der A. Wichtig scheint Verfasser in der Ätiologie das Zusammentreffen psychischer Schädigungen mit körperlichen, wobei die ersteren prädisponierend bei akuten, dagegen auslösend bei chronischen schwächenden Erkrankungen wären. Er weist auf die Ähnlichkeit mit den Alkoholpsychosen hin und gibt differentialdiagnostische Unterscheidungen. Verfasser betont mit Recht, daß eine spätere andersartige Erkrankung nicht unbedingt gegen die Diagnose „Amentia" spricht. Chotzen.

Imboden: Ein Beitrag zur Frage der Kombination des manisch-depressiven Irreseins mit der Hysterie.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXV, 5.)

Verfasser teilt die Krankengeschichte einer Patientin mit manisch-depressivem Irresein ausführlich mit, welche an Beginn und Ende ihrer Depression außer zahlreichen hysterischen Stigmata auch ausgesprochene hysterische Psychosen, Schlaf-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und deliriöse Dämmerzustände zeigte, die sich zu einer wirklichen hysterischen Psychose verdichteten. Nur geringe hysterische Züge waren der manischen Phase eigen. Da sich auch früher schon hysterische Anzeichen gezeigt hatten und besonders ein ausgesprochen hysterischer Charakter vorhanden war, ist Verfasser hier geneigt, eine Kombination mit Hysterie anzunehmen, welche durch die depressive Verstimmung zu einer deutlichen Psychose wachgerufen wurde. Ohne solche charakteristische Antezedenzien sieht er mit Nißl hysterische Züge bei andersartigen Psychosen als Symptome dieser Krankheit an.

Chotzen.

Mönkemöller: Über die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker.

(Deutsche medizin. Wochenschrift 1908, Nr. 19—21.)

Die Erfordernisse und Schwierigkeiten der Sicherung von gemeingefährlichen Geisteskranken, sowie die Unannehmlichkeiten, welche sie den Irrenanstalten bereiten, werden dargelegt. Bei Erörterung der Vorzüge und Nachteile der verschiedenen für solche Elemente bestimmten Spezialasyle spricht Verfasser sich am meisten für die Strafanstaltsadnexe aus, wünscht sie aber verbessert und vergrößert. Frühzeitige Erkennung, richtige Unterbringung der Erkrankten und bessere Ausbildung aller beteiligten Kreise sind nötig. Die Minderwertigen, welche man weder freisprechen noch voll bestrafen kann, sollten in Ackerbaukolonien od. dgl. dauernd unschädlich gemacht werden. Müller (Dösen).

Marr, H. C. (Lenzie): The examination of cerebro-spinal fluid in general paralysis for purpose of diagnosis.

(Review of Neurol. u. Psychiatry, Bd. VI, Nr. 11, 1908.)

Marr erklärt die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis in zweifelhaften Fällen für ein wertvolles Hilfsmittel zur Differentialdiagnose. Abraham.

Christian Müller: Kongenitale Lues und progressive Paralyse.

(Münch. med. Wochenschr. 1908, S. 1986 u. f.)

Drei Fälle typischer Paralyse im 42., 43. und 53. Lebensjahr. In dem einen Fall sicher congenitale Lues, in den beiden anderen sehr wahrscheinlich. Bei Fällen von progressiver Paralyse oder Tabes, die im klassischen Alter auftreten und bei denen eine erworbene Lues nicht nachweisbar oder sogar sehr unwahrscheinlich ist, ist an congenitale Lues zu denken.

Wickel (Obrawalde).

Gustav Aschaffenburg: Das Greisenalter in forensischer Beziehung.

(Münch. med. Wochenschr. 1908, S. 1961 ff.)

Die Kriminalität der Männer nimmt mit dem zunehmenden Alter im allgemeinen ab. Die Beteiligung der Männer über 70 Jahre an Verbrechen und Vergehen gegen die Reichsgesetze, ausschließlich der Verletzung der Wehrpflicht, beträgt 6,8 %.

Mit dem Greisenalter geht einher eine Abnahme der körperlichen und geistigen Kraft. So ergibt sich denn auch eine geringe Beteiligung des Greisenalters an Straftaten, welche an Körper- oder Geisteskraft Anforderungen stellen, wie Körperverletzung (3,8 %), gefährliche Körperverletzung (2,2 %), schwerer Diebstahl (0,6 %), Betrug und Unterschlagung (5,1 %). Auch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Roheitsverbrechen verschwinden. Vielfach spielt hierbei noch die geringe Neigung zu Trinkgelagen eine Rolle. Etwas stärker ist die Beteiligung der Greise bei dem einfachen Diebstahl (7,3 %). Es handelt sich dabei meist um Gelegenheitsdiebstähle, um ungeeignete, zufällig in die Hände fallende Dinge. Mehr als den Durchschnitt der strafbaren Handlungen weisen bei den Greisen auf: Hehlerei (9,7 %), Beleidigung (15,9 %), Verletzung der Eidespflicht (23,8 %) und Unzuchtsdelikte (23,8 %). Zur Hehlerei gehört wenig Aktivität. Sie kann daher trotz fehlender körperlicher und geistiger Frische begangen werden. In der Beleidigung ist der Ausdruck der dem Greise am leichtesten möglichen Abwehr und die unbeschränkt gegebene Möglichkeit von Angriffen zu sehen. Bei Verletzung der Eidespflicht mögen vielleicht Gedächtnisstörungen bedeutsam sein. Sie ist ein nicht häufiges Delikt. Die Zahl der in den letzten Jahren wegen Verletzung der Eidespflicht bestraften Personen bewegt er sich um vier herum. An den Sittlichkeitsverbrechen nehmen die Greise in überraschender Häufigkeit teil. Im Jahre 1904 wurden nicht weniger wie 92 Greise (über 70 Jahre) wegen Sittlichkeitsverbrechen verurteilt. Eine Reihe von Freisprechungen wegen Geisteskrankheit muß noch hinzugerechnet werden, wenn man einen völlig klaren Überblick über die Gefährdung der öffentlichen Rechtssicherheit durch die widerrechtliche Befriedigung sexueller Begierden seitens der Greise gewinnen will. Nach den Beobachtungen A.'s pflegt in unserem Klima die Potenz zwischen dem 50. und 60. Jahr meist schnell abzunehmen und die Neigung zum Beischlaf nach dem 60. Lebensjahre ganz in den Hintergrund zu treten. Die Möglichkeit, daß auch über das 70. Lebensjahr hinaus bei einzelnen Personen die Libido und die Potentia coëundi vorkommt, soll damit nicht in Abrede gestellt werden. Immerhin pflegt sie aber nicht nur individuell als Ausnahme aufzutreten, sondern auch bei den einzelnen Menschen nur in großen Zwischenräumen sich zu zeigen. Der Umstand, daß sich die Angriffe der Greise in den meisten Fällen auf Kinder und Jugendliche richten, beruht entgegen der landläufigen Erklärung nicht auf der geschwächten Körperkraft, die den Widerstand Erwachsener nicht zu überwinden vermag, sondern darauf, daß der sexuellen Begierde der Greise nicht die Fähigkeit parallel geht, nun auch den Beischlaf auszuführen. Dieser bedarf es bei Betastung eines Kindes nicht. Bresler hat darauf hingewiesen, daß in fünf Jahren mit Mädchen unter 20 Jahren Ehen schlossen Männer von 40—50 Jahren: 73—85, im Alter von 50—60 Jahren: 236—411, im Alter von 60—70 Jahren: 289—487! Bei den greisen Sittlichkeitsverbrechern liegen frühere Bestrafungen mit ganz verschwindenden Ausnahmen auf dem Gebiete der sexuellen Verbrechen. Ohne triftige Gründe ändert sich der Charakter des Menschen nicht von heute auf morgen. Die klinische Erfahrung lehrt, daß die Sittlichkeitsverbrechen meist von solchen Greisen begangen werden, die bereits mehr oder weniger verblödet sind. Die Verblödung schaltet die der Begehung des Verbrechens im Wege stehenden Hemmungen aus. Für das Auftauchen der sexuellen Impulse selbst darf in den meisten Fällen ein krankhafter Reiz vorausgesetzt werden.

In jedem Fall von Sittlichkeitsverbrechen eines Greises ist der Geisteszustand gerichtsärztlich festzustellen. Eine gesetzliche Vorschrift hierfür ist nicht wünschenswert. Sie könnte zur Unterlassung der Erörterung der Zurechnungsfähigkeit bei der die gesetzlich festgelegte noch nicht erreichenden Altersstufe führen. Eine Ausnahmestellung und eine Ausnahmegesetzgebung für die Greise ist

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht zu verlangen. Unsere allgemeinen Bestimmungen über die Zurechnungsfähigkeit Geisteskranker, zweckmäßig angewendet, reichen aus. Der Vorschlag Cramer's, die bedingte Verurteilung gelegentlich auch bei Greisen anzuwenden, verdient Beachtung. Wickel (Obrawalde).

V. Vermischtes.

„Hygienisches Leben" betitelt sich ein kleines Buch, das San.-Rat. Retslag (Blankenburg) im Selbstverlag herausgab (Preis 2 M.) und in dem er in leichtverständlicher Form allgemeine Ratschläge für ein gesundheitförderndes Leben (Luft, Licht, Wärme, Kleidung, Nahrungs- und Genußmittel usw.) gibt. G.

Die kriminalistische Vereinigung Erlangen nahm in ihrer Eröffnungssitzung vom 26. Nov. 1908 auf Antrag der Vorstandschaft eine Satzungsänderung vor, der zufolge die Tätigkeit der Vereinigung sich auf die gesamte Rechtswissenschaft und auf die angrenzenden Gebiete der Medizin, Psychologie, Anthropologie, Volkswirtschaftslehre und Statistik erstrecken wird: die Vereinigung wird von jetzt ab den Namen Juristisch-medizinische Vereinigung Erlangen führen. Erster Vorsitzender ist Prof. D. Allfeld, das Amt des zweiten Vorstandes bekleidet Prof. Dr. Specht.

Im Verlage von Johann Ambrosius Barth in Leipzig erschien der Bericht über den III. Kongreß für experimentelle Psychologie in Frankfurt am Main vom 22.—25. April 1908. Herausgeber ist F. Schumann. Der Bericht enthält auf 263 Seiten 5 Sammelreferate in extenso und 23 Vorträge bzw. Demonstrationen im Auszug. Aus dem mannigfaltigen Inhalt seien hier genannt: Edinger: Die Beziehungen der vergleichenden Anatomie zur vergleichenden Psychologie. Neue Aufgaben. Claparède: Die Methoden der tierpsychologischen Beobachtungen und Versuche. A. Pick: Über das Sprachverständnis vom Standpunkte der Pathologie aus. K. Bühler: Über das Sprachverständnis vom Standpunkt der Normalpsychologie aus. W. Specht: Das pathologische Verhalten der Aufmerksamkeit. Lipmann: Zur Beurteilung der Reaktionen bei Gedächtnis und Aussageversuchen. Ach: Über eine Methode zur Untersuchung der simultanen Assoziationen. W. Stern: Die Entwicklung der Raumwahrnehmung beim Kinde. Alrutz: Halbspontane Erscheinungen in der Hypnose. Peters: Über Erinnerungsassoziationen. Gaupp.

Berichtigung.

Auf Seite 20 der Nr. 277 (erstes Januarheft 1909) muß es in Zeile 25 von oben statt „Sorge" heißen: Max Seige.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Zweites Februarheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

(Aus dem Sanatorium Berolinum, Lankwitz-Berlin.)

Beitrag zur Psychologie der Dementia praecox (Schizophrenie).

Von Dr. med. **M. Wulff.**

Im Anschluß an die lehrreiche Arbeit Jungs: „Über die Psychologie der Dementia praecox", habe ich versucht, in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Juliusburger in einem Falle von Dementia praecox eine Psycho-Analyse durchzuführen. Das große Interesse, das seitens der Psychiater dieser Krankheit geschenkt wird, und der Mangel an genau und eingehend analysiertem Material in der Literatur berechtigen vielleicht die Publikation des Falles.

Es handelt sich um ein 35jähriges Fräulein, eine Amerikanerin, über deren Vorgeschichte uns folgendes mitgeteilt wird:

„Frl. X, geb. 10. Mai 1873 zu C., stammt aus einer Familie, in der Nervenkrankheiten ziemlich häufig sind, und ist selbst von Kindheit an nervös. Sie litt an Zwangsvorstellungen, Angstgefühlen und war dauernd in nervenärztlicher Behandlung. In den letzten vier Jahren hielt sie sich hier (in einem Sanatorium) wiederholt monatelang auf mit Unterbrechungen, in denen sie relativ gesund war. Sie litt an wechselnden, hysterischen Erscheinungen, wie Unfähigkeit zu gehen, hysterischem Erbrechen, Neigung zu Selbstvorwürfen, Schlaflosigkeit und Neigung, ihre Umgebung zu verdächtigen, zu quälen und zu chikanieren. Seit einigen Wochen gesellten sich psychische Störungen hinzu, die in einer gewissen Verwirrtheit, jähem Stimmungswechsel, Selbstmorddrang sich äußerten. Dabei besteht Neigung, den Zustand zu übertreiben."

Im April 1906 mußte Patientin in eine geschlossene Anstalt überführt werden. Hier war sie die erste Zeit sehr erregt, verstimmt, äußerte viel Versündigungsideen, sie hätte gemordet, die Eltern, die Religion, die Wärterin, die ganze Welt verschluckt, sie wäre schlecht, sündhaft usw., hat halluziniert, wiederholt Selbstmordversuche gemacht. Die Stimmen riefen ihr zu: „Du bist schlecht, du hast gesündigt." „Man müsse den Respekt vor sich selbst nicht verlieren — und den habe ich verloren", behauptete Patientin. Sie fühlte, daß sie sterben müßte, es gehe mit ihr zu Ende. Sie wisse, daß in der Religion sich die Klarheit befinde, die Klarheit sei bei der Klara. Dann erzählte sie eine lange Geschichte, daß ihr Schwager sie in den Jahren, wo sie einige

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Monate in Amerika weilte, umarmte, küßte, mit den Fingern an den Genitalien berührte und dann von ihr verlangte, daß sie sofort abreise. Er habe ihr auch viel von geschlechtlichen Dingen erzählt. Auch eine Dame im Sanatorium habe ihr von einer Liebe zwischen Geschwistern erzählt, und das habe sie sehr aufgeregt. Diese geschlechtlichen Dinge haben sie dazu gebracht, daß sie böse Sachen gemacht und für die Zukunft zu erwarten habe, daß sie in eine dunkle Zelle eingesperrt werden solle.

Diese Erregung und Verstimmung dauerte mit gewissen Schwankungen bis Mitte Oktober 1906. Dann änderte sich das Krankheitsbild. Die Kranke lag meistens ruhig in katatonisch-gespannter Haltung im Bett, zog „aus diplomatischen Gründen" (Worte der Kranken) die Decke über den Kopf, lachte plötzlich laut auf, wurde negativistisch, antwortete nicht auf Fragen, beschäftigte sich gar nicht und zeigte kein Interesse für die Vorgänge in der Umgebung. Sie wurde auch vorübergehend unsauber, vernachlässigte sich sehr, weigerte die Nahrungsaufnahme, mußte hin und wieder mit der Sonde genährt werden. Allmählich besserte sich der Zustand so weit, daß sie im März 1907 in ein offenes Sanatorium überführt werden konnte.

Jetzt zeigt die Kranke das gewöhnliche Bild der sogenannten Verblödung bei Dementia praecox. Sie muß täglich gewaschen, angekleidet, zum Essen und zur Erledigung ihrer Bedürfnisse aufgefordert werden. Sie ist meistens ruhig, spricht von selbst nicht und auf Befragen antwortet sie in ganz stereotyper Weise: „Ich weiß es nicht, ich weiß es wirklich nicht." Sie zeigt für nichts Interesse. Die Aufforderung zur geringsten Beschäftigung weist sie mit der Behauptung: „Ich bin müde, ich bin furchtbar müde, ich habe Kopfschmerzen", ab. Von ihren Eltern und Verwandten spricht sie nicht, weiß nicht, ob sie noch leben. Am liebsten möchte sie den ganzen Tag ruhig im Bett liegen bleiben. Monat, Datum, Tag kann sie nicht angeben, 9×13 ist 31, 7×8 weiß sie nicht, 20 M. weniger 13 M. 25 Pf. kann sie nicht ausrechnen und für ihre Vermögensverhältnisse zeigt sie kein Interesse, weiß nicht, wer für sie sorgt. Plötzliche Gemütsschwankungen, läppisch-heitere Stimmung, dann ängstliche Depression und „ganz unmotivierte" Zornausbrüche kommen oft vor.

In diesem Zustand habe ich eine Psycho-Analyse vorgenommen, deren Protokoll mir wortgetreu vorzuführen gestattet sei.

17. X. 1908. Die Kranke klagt über Schrecken beim Aufwachen, hört auch Stimmen. „Es kommt mir vor, als ob ich verrückt wäre, ich weiß es aber nicht, weil ich einen komischen Angstzustand habe. Manchmal, wenn ich aufwache, fürchte ich mich sehr vor Blindwerden, ich weiß es aber nicht, ich weiß es nicht." Träumt manchmal, kann sich aber an ihre Träume nicht erinnern: „Ich weiß es tatsächlich nicht, wirklich nicht", wiederholt die Kranke bei der Aufforderung, einen Traum zu erzählen. Sie sagt nur, daß sie unangenehme, schreckliche Träume und deshalb Angst hatte. „Was haben Sie denn diese Nacht geträumt, denken Sie nur nach, Sie werden sich schon erinnern", versichere ich — „Ich weiß es nicht, ich weiß es wirklich nicht ... (Pause), ich denke, daß ich gemordet habe oder so was!" — „Wen?" — „Ich weiß es auch nicht. Die Frau sah wie meine Mutter aus." — „Wie kamen Sie dazu, warum haben Sie es denn getan?" — „Ich wollte bloß nicht, daß meine Mutter irrsinnig werde, und ich wurde selbst irrsinnig." — „Wie haben Sie denn im Traum die Mutter ermordet, schildern Sie mir bloß genau den Traum." —

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Ich bin bloß rasch heraufgegangen eine Treppe." — „Was für eine?" — „Ich weiß nicht, wir waren nur eine Woche im Hause." — „Was war es für ein Haus?" — „Wir haben es „Ingleside" genannt." — „Wer war noch im Hause?" — „Meine Nichte war auch da." — „Wohin führte die Treppe?" — „Ich kam in das Zimmer . . ., es war ziemlich einfach, es stand da ein Foldingsbed, Vater war auch zu Hause, aber nicht im Zimmer. Im Zimmer war ein Arzt und meine Schwester. Ich war nicht glücklich, ich habe meiner Mutter Chloralhydrat gegeben und damit ermordet. Sie hat geweint, als ich es ihr gegeben hatte, da habe ich ihr Schokolade gegeben. Ich weiß nicht, ob es Tatsache oder Traum war, ich glaube es manchmal nicht. Drei Tage habe ich es gedacht, es war am 9. Mai, ich war damals 18 Jahre alt." — „War denn die Mutter krank?" — „Ich weiß nicht, sie sagte, daß ich die am wenigsten irrsinnige in der Familie wäre." — „Warum haben Sie der Mutter Chloral gegeben?" — „Sie war so erschrocken und ich war auch so erschrocken." — „Weshalb denn?" — „Ich weiß nicht, vielleicht weil ich unglücklich war." — „Warum waren Sie denn so unglücklich damals?" — „Ich weiß es auch nicht, vielleicht über meine Kusine, ich weiß es auch nicht." — „Was war denn mit der Kusine?" — „Ich weiß nicht, sie war auch so erschrocken; meine Mutter sagte, daß sie krank war und daß ich sie nicht schlagen soll, wenn sie mich auch schlägt." — „Was fehlte der Kusine?" — „Ich weiß nicht, ich war manchmal mit ihr so erschrocken." — „War die Kusine krank?" — „Man sagt, ja, wenn sie solche Anfälle hatte, lag sie im Bett." — „Was für Anfälle?" — „Ich weiß nicht, ich glaube, man sagte, das wäre Epilepsie. Ich habe mit der Mutter sehr selten darüber gesprochen . . . Sie hat bloß Klavier gespielt und der Vater sagte, sie wäre unartig. Ich habe sie selbst verwöhnt."

Weiter war von der Kranken an dem Tag nichts herauszubringen, sie ist ungeduldig geworden und gab keine Antwort. Es handelte sich offenbar um Reminiszenzen an Familienszenen und krankhafte Wahnideen, auf die die Kranke noch im weiteren zu sprechen kommt.

19. X. 1908. Pat. ist nachts in starker Erregung aufgewacht, ist sehr ängstlich, klagt über Schmerzen in den Augen, meint, daß sie blind werden wird.

Assoziationsversuche:

Mutter: „Ich fürchte, ich habe getötet."
Kusine: (Pause) „— ja, ich weiß nichts davon."
Schokolade: „Das muß man essen."
Vater: „War sehr nervös."
Klavier: „Ja, Klavier spiele ich gerne."
Chloralhydrat: „Das verstehe ich nicht."
Schwester: „Ich habe meine Schwester ganz lieb gehabt."
Treppe: „Die muß ich gehen."
Anfall: „Ja, es ist schlimm, wenn man einen Anfall bekommt."
Schwager: „Ja, ich habe einen Schwager."
Unartig: „Klara Louise Mack ist unartig." (Pat. lacht dabei. Klara Mack ist ihre Kusine.)
Erschrocken: „Ja, manchmal bin ich erschrocken."
Ingleside: „Ja, da habe ich gewohnt."
Nichte: (Pause) „— ja ich habe eine Nichte."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Epilepsie: (Pause) „— gefallen."
Morden: „Sehr schlimm."
Gift: „Ja, ich habe einmal Morphiumchloral gegeben und dann Baldrian."
Augen: „Ich habe früher Tropfen dafür bekommen."
Foldingbed: „Es war sehr schlimm dabei, immer war krank."

20. X. 1908. „Ich glaube, ich habe die Nacht geträumt, ich habe manchmal so viel Angst. Ich denke sehr viel an meine Mutter, ich weiß nicht, ich habe nur den Becher gegeben damals."

„Warum haben Sie den Becher gegeben?"

„Ich dachte, es wird sie erleichtern, sie durfte nicht so unartig sein. Sie war eigentlich nur unartig, sie war sehr betrübt." — „Weshalb?" — „Ich weiß nicht. Ich dachte, sie wollte sich das Leben nehmen, ich habe ihr gesagt, sie soll es meinetwegen nicht tun. Ich habe ihr gesagt, es kümmere mich nicht, daß mein Vater mich ausgescholten hat, aber ich war doch etwas boshaft dabei." — „Warum hat der Vater Sie ausgescholten?" — „Er hat gesagt, ich hätte selbst Schuld, weil ich furchtbar verwöhnt wäre. Er sagte, wir wären beide krank, die Mutter und ich. Ich konnte nicht vieles richtig sagen, ich war so irritiert." — „Was haben Sie dann getan?" — „Ich kann mich nicht erinnern." — „War es etwas Wichtiges?" — „Wahrscheinlich ja, ich habe auch so geschrien." — „Weshalb haben Sie geschrien?" — „Ich weiß nicht, wenn man etwas macht, dann ist es zu spät. Ich habe vor ‚Fiecher' Angst gehabt. Meine Mutter hat auch Klavier gespielt. Ich bin zur Universität gegangen, weil ich studieren möchte. Meine Mutter wollte nicht, daß ich Psychologie studiere."

Es sind wieder Reminiszenzen. In dieser wie in der vorigen Schilderung ist deutlich zu sehen, wie die Kranke durch die stereotype Phrase: „Ich weiß nicht, ich weiß es nicht", unangenehme, peinliche Erinnerungen verdrängen will. Interessant ist auch, wie nach der wohl bedeutungsvollen Äußerung: „Wenn man etwas macht, dann ist es zu spät. Ich habe Angst vor ‚Fiecher' gehabt", die sich wahrscheinlich auf die Ursache der Familienszene bezieht, gleich eine Abschweifung kommt: „Meine Mutter hat auch Klavier gespielt. Ich bin zur Universität gegangen usw." Das Verdrängte stört den Ablauf der Assoziationen.

Beim Versuch mit geschlossenen Augen[1]) in Rückenlage sah Pat. folgendes: „Ich sehe ein Paar Bogen. Dann kommen solche komische Lichter. Ein Punkt. Ein Löffel. So wie ein W. Liegende Gestalten, schlangenartig, das ändert sich so. Jetzt sehe ich eine geometrische Figur. Schlangenartige Gestalten, 10—12 cm groß (zeigt mit dem Finger). Ich sehe einen Menschen, so wie Augen (erinnert sich dabei an ihre Schwester). So wie eine Kerze kommt es mir vor, vor den Augen. Einen Tisch mit geraden Beinen und einen Krug auf dem Tisch. Jetzt sehe ich etwas Rundes und so wie eine Nadel durch. Manchmal sehe ich ein fliehendes Pferd. Dann eine Haarnadel."

„Ich kann mich entsinnen an eine Ausstellung und an die Bilder dort, es war eine Mosaike, eine Damenfigur in Gold, ich habe bloß einen Platinotyp

[1]) Bezzola, Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. VIII, 1907, und Freud, Studien über Hysterie, und O. Juliusburger, Vortrag in der Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 14. Dezember 1907.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gekannt. Es war sehr hübsch dort. Und dann war dort ein Pferd. Wir sind bloß im Hause gewesen in Washington, meine Freundin und ich; es waren so viel Menschen dort. Ich habe eigentlich mehr Interesse für die Bibliothek."

„Jetzt sehe ich so eine Stange mit einer Kappe, 10 cm groß (zeigt die Größe mit den Händen), ziemlich schwer und dunkel."

Wer mit der symbolischen Sprache der Träume, wie sie Freud zu deuten gelehrt hat, ein wenig vertraut ist, der wird an den „schlangenartigen Gestalten", „Kerzen", „Haarnadel" (Onanie!), „etwas Rundes mit einer Nadel durch", „der Stange mit einer Kappe" von der Größe von 10—12 cm, leicht Sexualsymbole erkennen. Die weiter folgenden Assoziationen auf das Wort „Mann" bestätigen das aufs deutlichste. Die „Augen", die an die Schwester erinnern, werden im weiteren ihre Erklärung finden. Um die Bilderausstellung und die Damenfigur zu erklären, müßte ich etwas vorgreifen und einen Teil des Protokolls vom 12. XI. 1908 schon jetzt anführen. Ich will aber der Kürze und Deutlichkeit wegen noch das Protokoll vom 21. X. 1908 voranschicken.

21. X. 1908. Versuch mit geschlossenen Augen in Rückenlage.

„Ich sehe, als ob ein Weg eingesperrt wäre, ich sehe den Weg, auf dem Wege so ein Ding wie in Dresden die Bildergalerie. Ich weiß nicht, wie ich mich ausdrücken soll, ich habe so eine Angst. Es ist wie ein Gebäude und so komisch, es sieht aus wie ein Gebäude in New York. Jetzt sehe ich wieder eine Brücke und den Kaiser Wilhelm, dann einen alten Mann, jetzt den Prinzen Heinrich. Ich sehe einen Schild, rund, keine besondere Farbe, grau, ein Wappen auf dem Schild, so eine 8. Jetzt sehe ich wie in Kissingen eine kleine Kapelle, sie ist rund. Jetzt einen Chinesen. Eine Bürste, so eine Nagelbürste, umgekippt. Ein Wappen, so wie ein Hirsch. Wieder eine Straße, rund und gebogen; so viele Reihen von Menschen, dunkel angekleidet. Ich fürchte mich so schrecklich. Jetzt sehe ich so ein kleines Gebäude, wie ich einmal in Chicago gesehen habe, es könnte vielleicht ein chinesisches Gebäude sein. Als ob die Pyramiden, sehe ich, so ein Kamel, ein Tier. Das Gesicht meiner Mutter, sie hat so ein geflochtenes Haar. Einen Teil einer Schnalle, wie zum Gürtel, oval, ohne Kopf. Eine Reihe Soldaten auf der Straße, möglich, daß sie Deutsche sind. So wie ein Oval und jemand darauf gesessen, auf dem Oval so wie ein Draht gespannt."

Dann erzählt Patientin einen Traum: „Als ob ich in ganz tiefem Wasser wäre, als ob ich ertrinke. Ich war in der Kleidung und das war wohl das Meer. Ich war auf dem Meer. Wie bei der Landung mich jemand angefaßt hätte, sie hat mich bloß angehalten und gesagt, es wäre keine Gefahr, sie hat mich unter den Arm genommen. Sie sah ganz bequem aus. Ich denke, das ist eine dunkle Dame, eine Negerin, sie heißt Soors. Ich habe sie hier im Garten gesehen, sie sah mir nicht angenehm aus. Ich habe das Wasser gesehen, es sah tief aus. Es war keine Kollision, es war aber, als ob zwei Motore sich begegnen. Ich war auf einem Motor. Es schien mir, als ob ich ganz allein wäre, ich fürchtete mich auch. Eigentlich kam es zu einem Stillstand, da habe ich Land gesehen und eine Straße. Ich wollte aufs Land, da habe ich mich gefürchtet, ich werde ins Wasser fallen, als ob eine große Gefahr drohte. Ich fürchtete mich. Wo ich angelangt bin, da war ein junges Mädchen, sie ging über die Straße. Es war Stira Blumentau. Ich blieb bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der alten Dame. Jemand hat mich angesprochen, und ich sagte, ich werde anständig behandelt. Es war ein Mann, er sah dunkel aus, ganz unbekannt."

Hier ist wieder eine ganze Reihe Sexualsymbole, wie die Nagelbürste, Pyramiden, Tiere, ein Oval mit einem Draht durch usw. Was sollen aber der gesperrte Weg, der Weg im Traum, die verschiedenen Gebäude bedeuten? Die Assoziationen zum Wort Kapelle (religiöse Vorstellungen?) waren:

am 3. X. 1908: „Da bin ich einmal spazieren gefahren und wieder nach Hause nach der Küche gegangen. Da habe ich gelesen . . ."

am 2. XI. 1908 ergab dasselbe Reizwort die Assoziationen: „Ich bin einmal in der Kapelle gewesen, ich bin öfter zur Kirche gewesen . . ."

Den Aufschluß aber gibt folgende Stelle aus dem Protokoll vom 12. XI. 1908:

„Woran erinnert Sie die Galerie in Dresden?" — „An die Residenz von Mc-Kinley." — „Was ist denn das für eine Residenz?" — „Wir sind dort gewesen." — „Wann?" — „Wo ich noch krank war." — „Wo liegt sie denn?" — „Das war in Washington." — „Woran haben Sie dann in Washington gedacht, vielleicht ans Heiraten?" — „Nein, ich habe an Selbstmord gedacht." — „Warum?" — „Weil ich krank war, ich war traurig, ich war sehr verbittert, ich hatte so eine furchtbare Krankheit, ich glaube, eine ansteckende, kleine Pickel auf dem Kopf und auf dem Körper und auch hohes Fieber." (Pat. hat wirklich auf dem Gesicht pockenähnliche Narben.) — „Haben Sie sich nicht gedacht damals: jetzt werde ich häßlich?" — „Ja, das habe ich manchmal gedacht." — „Wollten Sie überhaupt heiraten?" — „Ich habe einmal daran gedacht, aber jetzt denke ich nicht daran." — „Hat Ihre Freundin Stira Blumentau geheiratet?" — „Ich denke, ja." — „War die Frau auf dem Bilde in der Bibliothek in Washington wie eine Braut angezogen?" — „Ich denke, ja." — „Was hat sie denn angehabt, einen Kranz oder einen Schleier?" — „Ja, ich denke, einen weißen Schleier."

Das wirft schon ein Licht auf das Ganze. Hier sind wir an einem „Komplex" (Jung, Bleuler) oder an ein Eugramm (Semon) angelangt. Es sind Erinnerungen an die schweren, traurigen Erlebnisse in Washington, als die Patientin sich durch die Pocken für immer entstellt, häßlich gemacht dachte, und auf die Liebe, Heirat, eine eigene Familie und Haus für immer verzichten zu müssen glaubte und sich mit Selbstmordgedanken herumtrug. Der Weg zum Gebäude (Haus, eigenes Heim, auch Vagina) ist versperrt, das Gebäude wird ganz klein, komisch-chinesisch, d. h. häßlich-schmutzig.

Der Kaiser, der Prinz Heinrich sind Symbole für einen gewünschten Geliebten, der wie ein Kaiser sein soll, der alte Mann, der Chinese — Symbole für die vielleicht noch erreichbaren. Daß die Worte „Chinese, chinesisch" eine negative Bedeutung haben, ist dadurch zu erklären, daß Patientin eine Nordamerikanerin ist.

Dasselbe im Traum: Der sichere Weg, den die Freundin Stira Blumentau ging, die geheiratet hat, ist auf dem Lande, der Weg der Patientin aber ist unsicher und gefahrvoll wie ein Motor auf den Meereswellen, sie fühlt sich ganz einsam und hilflos: „Ich fühle mich, als ob ich ganz allein wäre, und ich fürchtete mich auch." Der Traum enthält aber noch mehr, nämlich: erstens — die Erfüllung des Wunsches — sie bekommt im Traum einen Mann und wird anständig behandelt. In Wirklichkeit ist es aber anders: sie verzichtet

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf Liebe, die Heirat. Sie hat eigentlich mehr Interesse für die Bibliothek, nicht für das Bild, für die geistige Beschäftigung, nicht für die Braut, das Heiraten, sie sucht nach Ersatz für das unglückliche Sexualleben. Sie sagte auch früher: „Ich bin zur Universität gegangen, weil ich Psychologie studieren möchte." Zweitens enthält der Traum noch eine Gestalt, eine Frau, die ihr sagt: es wäre keine Gefahr, und hält sie unter dem Arm. Die Frau ist ihr aber „nicht angenehm", sie ist häßlich wie eine Negerin, abstoßend. Hier kommt die Ablehnung der homosexuellen Komponente der Neurotiker zum Vorschein, wie es im weiteren deutlich hervortritt.

23. X. 1908. „Ich habe oft von meiner Mutter geträumt. Ich kann es nicht so beschreiben, aber ich fühlte mich so einsam." Hat im Traum einen Herrn gesehen, erkannte ihn nicht, hatte vor im Angst und weinte. „Er sah so aus, als ob er einen Hirsch geschlachtet hatte." (Nachher hat Patientin gesagt, den Hirsch hätte sie selbst geschlachtet.) Der Mann hat einen braunen Vollbart gehabt.

Versuch mit geschlossenen Augen in Rückenlage:

„Ich sehe sich bewegende Sachen, so wie ein Kreuz mit einer Linie durch. Ich weiß nicht, ich fürchte mich so. Es rennt jemand, ein Mann, ein junger, in einem Frack, er könnte aussehen, wie mein Bruder. Dann sehe ich wie ein ‚L' und ein rundes Ding durch, dann zwei geometrische Figuren, eine Linie und eine gebrochene Linie. Jetzt habe ich runde Berge gesehen, jetzt ein Klavier. Ich kann es nicht erzählen, ich fürchte mich so schrecklich . . . Als ob ich eine Uhr sähe, einen runden Bogen. Als ob sich jemand niederlegt, ein Mann, grau, ich habe den Kopf nicht gesehen, nur die Brust. Jetzt sehe ich wie einen Buchstaben A. Ich fürchte mich so . . . Jetzt sehe ich, als ob es Pyramiden wären und dann einen Regen. Ein Auge, ein unbekanntes, und dann einen Baum, als ob er sich entwickelt, wächst, wird groß. Ein umgekipptes T und dann eine Bürste. So einen Kopf, der mich so beängstigt, einen Mann. Als ob so ein Ding wie für einen Bücherkasten. Eine Schere jetzt, ein Kuvert, etwas Rundes und ein Strich darüber. Ein Glas umgekehrt, jetzt so wie eine Figur 8. Eine Bürste. Einen Kopf eines Mannes, eine Schulter und Brust. Ein Ei zugebunden mit bunten Farben zum Essen oder zum Wegschenken oder so was. Einen Stern, eine Art Tiergestalt."

Assoziationen: Mutter: Ich weiß es nicht; ja, mein Vater sagte, ich hätte genug Polizei im Hause, ich brauche nicht herumzulaufen, wenn ich mich ängstige. Ich bin allerdings herausgelaufen. Ich habe eine Angstvorstellung, ich weiß nicht, ich sehe so wie einen Bogen."

Treppe: „Ich bin nicht so schrecklich für einen Hintertreppenroman, aber ich weiß es auch nicht. Ja, aber ich bin verzweifelt gewesen am Abend vor meinem Geburtstag (am 9. Mai). Vielleicht bin ich darin ungeschickt, ich weiß nicht, wie man das macht, aber meine Mutter hatte auch so eine schreckliche Angst. Dann kam ein Arzt und sagte, ich soll mich ins Bett legen und essen, ich konnte es aber nicht, meine Schwester sagte aber, ich soll essen, ich wäre ungezogen. Da habe ich trotzdem dem Menschen geholfen, ich dachte, es wäre ein Freund da. Meine Mutter wollte ihre Lebensgeschichte schreiben, da sagte ich ihr, es würde niemand interessieren . . ." („Meine wäre interessanter!" bedeutet das.)

Schwager: „Ja, meinen Schwager, den ich sehr gerne habe, ich habe

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

darüber nicht sehr viel zu erzählen. Ich denke, daß ich einen Becher meiner Mutter gegeben habe in größter Angst . . . Den habe ich sehr gern."

Schwester: „Ja, meine Schwester habe ich auch gerne. (Pause.) — Ich kann nicht erzählen, weil mir meine Augen weh tun, ich habe solche Erscheinungen . . . Daß ich ihr auch einmal Gift gegeben habe, bloß weil sie Essen haben wollte . . . Ich weiß, daß ein Käfer drinn war, ich konnte es nicht los werden in Gedanken."

Kusine: „Ja, was ist dabei? Ja, ich habe eine Kusine, die war sehr krank, wenigstens man sagte, sie wäre sehr krank . . . Ich fürchte mich schrecklich, ich weiß es nicht. Ich kann nicht mal wissen, ob ich einen Freund habe in der ganzen Welt. Es wird weiter wohl gar nichts passieren, als daß ich sterbe."

Mann: (Pause) — „Ja, ich sehe so wie schlangenartig, als ob es ein Bogen und eine Zange dazwischen oder eine Linie. Dann sehe ich eine Schere, aber sie ist umgebogen . . . (Pause.) Ich weiß nicht, was ich darunter bezeichnen soll. Meine Mutter wollte, daß ich mich pflegen lassen soll, da ich in der ganzen Familie am wenigsten wahnsinnig wäre, aber ich weiß es auch nicht . . . (Pause.) Ja, ich weiß nicht, ob man sich das Leben selbst versüßen kann, oder ob man es sich verbittert, aber wenigstens ich wäre nicht sehr glücklich. Ich habe vielleicht meine Sünden, aber ich weiß es auch nicht."

24. X. 1908. Nachts geträumt und geweint, weil sie „unglücklich" gewesen war. Weiter will Pat. nichts erzählen, ist sehr abweisend.

Schlange: (Pause) — „Ich habe furchtbare Schmerzen in den Augen." — „Was für Gedanken haben Sie?" — „Ja, aber das geht Sie weiter nichts an."

25. X. 1908. Schlange: „Ich fürchte mich davor." Bruder: „Ja, ich habe meinen Bruder gern. (Pause.) — Ich bin manchmal traurig darüber, ich weiß nicht, ich fühle mich so unglücklich . . . Wir sind gern spazieren gegangen abends.

Straße: „Daß ich mich manchmal fürchte darauf, — ja. Ich habe früher sehr viel Angst nachts bekommen. Ja, ich bin fast immer herumgerannt. Meine Mutter war sehr nervös."

Becher: „Ja, von einem Becher kann man trinken — nicht?"

Wasser: „Ich trinke Wasser gerne, wenn ich Durst habe."

Jetzt mußte ich zwei Tage aussetzen, weil Patientin zu negativistisch war. Dann war aber der letzte Widerstand gebrochen.

Am 28. X. 1908 erzählt Patientin zwei wichtige Träume. „Nachts bin ich mit furchtbarem Schreck aufgewacht. Ich war im Hospital, ich sollte da etwas anfangen oder so was, ich weiß nicht, ich konnte es nicht aussprechen, das hat mich irritiert. Ich habe eine ausgestreckte Gestalt gesehen, sie hat nicht besonders angenehm ausgesehen. Es war ein Mann mit braunem Haar und Vollbart, er lag, ich weiß nicht genau wo, ganz nackt. Dann habe ich was gehört." — „Was?" — „Es war etwas Abneigendes" . . . Pat. will nicht genau angeben, was: „Ich weiß nicht, es ist gar nicht wichtig, ich glaube, ich soll den Haushalt führen. Er hat auch gesagt, ich soll wie die Mutter sein." Pat. gibt nachher an, daß der Mann ihrem Schwager ähnlich aussah.

Der zweite Traum: „Die Klosettfrau war im Zug und ich war auch im Zug, ich wollte ins Klosett gehen, da habe ich die Frau gesehen, sie sah nicht sehr unangenehm aus. Sie hat im Klosett sauber gemacht, ich sollte sie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht bedienen, ich wollte im Klosett ein Bedürfnis machen." — „Sah die Klosettfrau wie Ihre Mutter aus?" — „Nein." — „Vielleicht wie die Schwester?" — „Nein." — „Vielleicht war sie der Kusine ähnlich?" — „Ja, so was."

Nun gesteht Patientin nach eingehender Exploration ihre Liebe zu ihrem Schwager und daß „es zwischen ihnen nicht viel, aber etwas passierte". Er hat sie umarmt, geküßt, auf seinen Schoß genommen und auch „unanständig berührt". Nachdem wurde Patientin krank. Diese Liebe gehört zum effektvollsten Komplex der Kranken. Die Assoziationen zum Wort „Schwager" lassen vermuten, daß auch auf die Beziehungen der Pat. zu ihrer Mutter, auf die wir weiter noch zu sprechen kommen, diese Liebe nicht ohne Einfluß blieb.

Der zweite Traum bezieht sich auf die Kusine, und seine Deutung ist für den, der die symbolische Traumsprache versteht, zweifellos: es handelt sich um eine homosexuelle Komponente, die die Kranke auch in diesem Traume ablehnt: „Ich sollte sie nicht bedienen." Pat. erzählt auch bei der Exploration, daß sie die Kusine sehr geliebt hatte, nachts oft zu ihr ins Bett kam, daß sie sich „solche Liebesgeschichten" erzählt haben und wohl nicht bloß bei der theoretischen Erörterung der Frage blieben. Einen desto stärkeren Eindruck mußte auf die Kranke die Krankheit der Kusine machen. („Ich kann nicht mal wissen, ob ich einen Freund habe auf der ganzen Welt." Assoziation zur „Kusine".)

Auch ihre Schwester hat die Pat. „sehr gern gehabt", aber dieses Gefühl zu der Schwester erwacht bei Patientin erst in den späteren Jahren, nachdem die Schwester sich verheiratet hat (Übertragung vom Schwager!? oder wollte die Patientin sich die Liebe zur Schwester aufzwingen, weil sie ein Schuldgefühl der Schwester gegenüber empfand.) — (Siehe Assoziationen zum Worte „Schwester".)

30. X. 1908. Nachts hat Patientin wieder geträumt, hat starke Angst gehabt und die Wärterin geweckt. Sie ist aber sehr negativistisch, kann sich nicht entsinnen und antwortet auf Ausfragen ihre Stereotype: „Ich weiß nicht, ich weiß es wirklich nicht." Dann sagt sie: „Es ist furchtbar." — „Was ist furchtbar?" — „Wenn man so eine Zwangsvorstellung hat und eine Angst." — „Was für eine?" — „Ich weiß es wirklich nicht . . . es wurde so . . ." — „Wie?" — „Als ob jemand sterben möchte." (Dabei wird Pat. sehr unruhig und ängstlich.) — „Wer möchte sterben?" — „Die alte Dame, die im Bett lag." — „Wie sah die Dame aus?" — „Sie wollte sterben, sie war so schläfrig." — „Wer war es?" — „Meine Schwester sagte, es wäre nicht meine Mutter, ich bin rasch heraufgegangen." — „Wohin?" — „Ganz herauf." — „Wohin?" — „Zum Bett. Meine Schwester war unten in der Küche." — „Was hat sie dort getan?" — „Sie wollte, daß ich esse, anstatt, daß ich heraufgehe." — „War ihre Mutter krank?" — „Ja, sie hatte ein Herzleiden, ich hatte manchmal gehört, wo ich Klavier spielte."

Nun kommt zum Reizwort „Klavier spielen" folgende Erzählung. „Ja, ich habe manchmal früher sehr gern Klavier gespielt." Pause. — „Ich sehe, ich weiß es nicht . . . so wie ein Strahl Licht . . . ich fürchte mich so. Wie ich zuletzt Klavierstunde nahm, ich dachte, meine Mutter wäre sehr gefährlich krank dabei." — „Warum haben Sie denn Angst, wenn Sie die Worte ‚Klavier spielen' hören?" — „Weil es mich immer an den Tag vor meinem Geburtstag erinnert." — „Was ist denn an diesem Tage geschehen?" — „Ich dachte.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jemand wollte ermorden." — „Wen ermorden?" — „Die alte Frau." — „Wer war die alte Frau?" — „Meine Schwester sagte, es wäre nicht meine Mutter, ich sagte, es war sie." — „Wer wollte sie ermorden?" — „Es war ein Mann, er zupfte sie beim Haar." — „Wer war der Mann?" Pause. — „Ein Bruder von meiner Schulfreundin." — „Haben Sie ihn gekannt?" — „Ja!" — „Wie sah er aus?" — „Er hatte helles Haar, ohne Vollbart, ich weiß es auch nicht mehr." — „Warum hat er es getan?" — „Die alte Dame mußte leiden." — „Deshalb wollte er sie töten, damit sie nicht leidet?" — „Ich dachte es, ja, aber ich weiß es nicht." — „Sind Sie denn sicher, daß es alles in Wirklichkeit so war, war es nicht vielleicht ein Traum?" — „Ich war entsetzlich erschrocken, ich habe meinen Bruder so gebeten, zu Hause zu bleiben, aber er konnte nicht, oder er wollte nicht." — „Wußten Sie denn, daß der Herr kommen wird, um ihre Mutter zu töten?" — „Nein, ich wußte es nicht." — „Aber Sie haben schon früher Angst gehabt?" — „Ja, ja . . ."

Am nächsten Tage, den 31. X. 1908: „Wer war denn der Mann, der ihre Mutter zu töten versucht hat?" — „Er hat eine Apotheke gehabt." — „Haben Sie den Mordversuch gesehen?" — „Nein." — „Gehört?" — „Ja." — „Was haben Sie denn gehört?" — „Ich habe allerdings beim Essen geweint damals." — „Warum?" — „Ich war so erschrocken, daß die alte Dame sterben wird." — „Woher wissen Sie, daß der Mann versucht hat, die alte Dame zu töten?" — „Er zupfte sie bei den Haaren." — „Haben Sie es gesehen?" — „Jawohl." — „Wo waren Sie denn?" — „Ich war im Schlafzimmer. Ja, ich glaube, er wußte selber gar nicht, was er machen soll." — „Wo waren Sie, als der Mann den Mordversuch machte?" — „Ich war unten in der Küche."

Außerdem erzählt Patientin, daß sie die Mutter sehr geliebt, mehr als den Vater, und immer leidenschaftlich geküßt; daß sie sich öfters nachts fürchtete und immer zur Mutter ins Bett wollte, daß sie aber einmal drei Tage lang wünschte, daß die Mutter sterbe.

Auf diese Szene am Tage vor ihrem Geburtstag am 9. Mai kommt Pat. wiederholt zurück. Daß diesen Erinnerungen ein tatsächliches Erlebnis zugrunde liegt, ist wohl zweifellos, nur ist es in der Phantasie in einem gewissen Sinne entstellt und mit anderen Eindrücken verwechselt.

Ein sicheres und klares Bild von den Szenen und Vorgängen ist unmöglich zu rekonstruieren, obgleich Ausdrücke wie: vielleicht bin ich darin ungeschickt, ich weiß nicht, wie man das macht, aber meine Mutter hatte auch so eine schreckliche Angst — läßt schon vermuten, daß es sich um eine Familienszene infolge der Aufdeckung eines geheimen Liebesverhältnisses der Kranken handelt. Aber in diesem Falle ist es gar nicht so wichtig, die Tatsachen der Wirklichkeit festzustellen. Für uns sind beweisend und maßgebend die Erinnerungen an Erlebnisse und Tatsachen, wie sie im Bewußtsein der Kranken existieren, und wie sie von ihr verwertet und gedeutet werden und nicht, wie sie in Wirklichkeit waren. Viel wichtiger ist die Frage: Was ist die Ursache der Verknüpfung, der Entstellungen?

Welche psychologischen Motive und Gefühle haben darin ihren Ausdruck gefunden?

Es ist klar, daß der in der letzten Schilderung der Szene erwähnte Mörder, der gleich sich in einen Apotheker verwandelte, und eigentlich der Mutter helfen wollte, dem Arzte der früheren Schilderungen entspricht. Aber warum

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hat sich der Arzt in der krankhaften Phantasie zum Mörder verwandelt? In den anderen Schilderungen ist die Patientin selbst die Mörderin. Der Mordversuch auf die Mutter ist aber der Hauptgedanke, der immer wiederkehrt. Die Erklärungen ergeben: erstens die Äußerung, „drei Tage wünschte ich, daß die Mutter sterbe"; zweitens die sonderbare Assoziation zum Worte „Mutter": „Ja, mein Vater sagte, ich hätte genug Polizei im Hause, ich brauche nicht herauszulaufen, wenn ich mich ängstige. Ich bin allerdings herausgelaufen." Die Polizei im Hause ist die Mutter, sie hatte die Aufsicht; aber Patientin ist trotzdem herausgelaufen.

Drittens: die Assoziation zum Worte Mann: „Meine Mutter wollte, daß ich mich pflegen lassen solle, da ich in der ganzen Familie am wenigsten wahnsinnig wäre, aber ich weiß es auch nicht." Das heißt, die Mutter hat der Patientin gesagt, daß sie vernünftig sein soll, sich pflegen solle, d. h. sich vor dem Manne hüten. Und viertens die Assoziation zum Worte Schwager: „Ja, meinen Schwager, den ich sehr gerne habe, ich habe darüber nicht sehr viel zu erzählen. Ich denke, daß ich meiner Mutter einen Becher gegeben habe in größter Angst . . . Den habe ich sehr gern . . ."

Ich glaube, die Sache ist klar: In der Liebesgeschichte zum Schwager stand die Mutter im Wege, sie spielte die Polizei. Der Wunsch, sich von der Überwachung zu befreien, hat den Mordgedanken geboren.

Dazu kommt noch eins: Die Liebe zur Mutter hat eine deutlich homosexuelle Färbung gehabt. Nun haben wir schon gesehen, wie energisch die Patientin seit dem Erwachen der heterosexuellen Liebe zum Schwager jede homosexuelle Komponente ablehnt, und das mußte doch auf ihre Beziehungen zur Mutter sehr abkühlend wirken.

Dieser Mordgedanke in bezug auf die Mutter ist einer der schwersten, affektvollsten und peinlichsten Engramme bei der Patientin. Seine Beziehung zu den anderen ist klar. Wir haben also durch die Analyse die Existenz von drei verschiedenen Komplexen festgestellt, nämlich:

1. das Liebesverhältnis zum Schwager und ein unbefriedigtes Liebesbedürfnis,

2. eine starke Ablehnung der homosexuellen Komponente, besonders in bezug auf die Kusine, und

3. Ein Versündigungskomplex; den Hauptpunkt bildet die Wahnidee: der Mord der Mutter.

Und das gibt uns den Schlüssel zum Verständnis der Psychologie der Kranken.

Mit diesem Schlüssel wollen wir jetzt versuchen, die einzelnen Erscheinungen des seelischen Lebens der Patientin einer Prüfung zu unterziehen und zu erklären.

Patientin kommt zu uns in einem sehr erregten Zustand, ist verstimmt, äußert Versündigungsideen, sie hätte gemordet, sie hätte ihre Mutter verschluckt, die Religion verschluckt, die ganze Welt verschluckt. Wir haben gesehen, daß sie wirklich in Konflikt mit ihrer Mutter, mit den eigenen religiös-ethischen Begriffen, mit der ganzen Umgebung geraten war. Sie gebraucht das Wort „verschlucken" symbolisch, im Sinne „in sich erwürgen", „vernichten", wie man sagt, eine „Beleidigung herunterschlucken". Dann erklärt sie sehr gut: „man müsse den Respekt vor sich selbst nicht verlieren — den habe ich ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

loren", — weil sie von der „sündhaften" Leidenschaft zum Schwager sich nicht befreien konnte. „Sie wisse, daß in der Religion sich die Klarheit befinde, die Klarheit sei bei der Klara." Klara ist der Name ihrer Kusine und Freundin, die sie geliebt hatte. Diese blieb von der Leidenschaft verschont und begnügte sich mit der Onanie oder homosexuellen Beziehung. Patientin weiß aber nicht, „ob man sich das Leben selbst versüßen könne, oder ob man es sich verbittert, wenigstens sie wäre nicht sehr glücklich dabei" (Assoziation zum Worte Mann). Sie müßte einen Mann haben. Das liegt vielleicht darin, daß sie „ihre Sünden hat" — ihre Liebe zum Schwager. Die Liebe hat zur Ablehnung der homosexuellen Komponente geführt. — Am Ende sagt sie ganz deutlich: „Diese geschlechtlichen Dinge haben sie dazu gebracht, daß sie böse Sachen gemacht und für die Zukunft zu erwarten habe, daß sie in eine dunkle Zelle eingesperrt werden sollte." Das ist noch in der Periode der Erregung, des inneren Kampfes mit lichten Zuständen des Bewußtseins. Diese Periode macht einer anderen, einer katatonisch-stupurösen Platz, in welcher Patientin stark negativistisch war und nur sehr wenig Äußerungen gemacht hat. Dieser Zustand geht allmählich in einen anderen über, der als derjenige der „Demenz", „Verblödung" genannt wird. In diesem Zustande befindet sich die Kranke jetzt. Ich habe ihn schon früher in seiner gewohnheitsmäßigen Schilderung kurz angedeutet.

Die Kranke ist negativistisch. Jeden Versuch, mit ihr in geistigen Kontakt zu treten, jede Aussprache schneidet sie von Anfang mit dem stereotypen: „Ich weiß es nicht, ich weiß es wirklich nicht" kurz ab. Warum? Weil die Umgebung, die äußere Welt jedes Interesse für sie verloren hat, weil der Konflikt zwischen ihren Wünschen, Gefühlen, ihren stärksten Lebensimpulsen und der äußeren Welt ungelöst geblieben ist. Aber trotzdem sind diese Wünsche und Gefühle unverdrängt, sie haben ihre Macht über das seelische Leben der Kranken, über ihre Persönlichkeit nicht verloren. Deshalb hat sie sich von der äußeren Welt abgeschlossen und in die neue innere versenkt, um dort Befriedigung zu suchen. Dieser Prozeß ist nicht als etwas Bewußtes, als ein Willensakt aufzufassen, es ist einfach der Sieg der stärkeren Gefühle. Und nun lebt sie ihr eigenartiges, abgeschlossenes, wie im seelischen Absceß abgekapseltes Leben, dessen Inhalt ihre Eugramme oder Komplexe bilden. Unter der oberflächlichen Asche der Apathie, scheinbarer Gefühllosigkeit und negativistischer Abgeschlossenheit glüht aber langsam ein inneres Leben, wofür diese Analyse einen strikten Beweis liefert.

Deshalb kann man trotz größter Mühe kaum eine ergiebige Antwort von ihr bekommen, wenn man an sie mit für sie gleichgültigen Fragen herantritt. Sie reagiert aber bald energisch und affektvoll auf jeden kleinsten Reiz, der ihre Komplexe berührt. Jede ihrer Handlungen oder Äußerungen liefert irgendein Beispiel dafür. Und in diesem sonderbaren Bild der „tiefen Verblödung" mit „absurden Äußerungen" „unmotivierten Handlungen", „plötzlichen Affektausbrüchen" bleibt nichts unverständlich, nichts unmotiviert und unbegreiflich, sondern alles determiniert, psychologisch begründet und logisch begreiflich.

Ich will einige Beispiele von den vielen, die man sammeln könnte, anführen. Es ist mir z. B. schon früher aufgefallen, daß die Kranke, die zu der kleinsten Handarbeit oder Beschäftigung, oder zu irgendeinem leichten Spiel nicht zu bewegen ist, fast täglich eine längere Zeit ziemlich schwere Sachen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wie Schumanns „Träumerei", „Carmen" von Bizet, und andere Stücke aus Noten verhältnismäßig sehr gut spielt. Nun haben wir aber aus der Analyse gesehen, daß der Begriff „Klavier spielen" in enger Verbindung mit ihren Komplexen steht. Und was sie beim Klavierspielen durchleben mag, davon wissen wir nichts, weil sie das heilig vor uns Profanen verbirgt. Ich vermute auch, daß „Klavier spielen" für die Kranke die Bedeutung eines sexuellen Symbols hat, konnte aber dafür aus der Analyse keine Beweise anführen.

Noch ein Beispiel: Vor kurzer Zeit lag die Kranke morgens im Bett, als das Dienstmädchen, zu dem sie früher gut war, ins Zimmer trat, um aufzuräumen. Im Augenblick, als das Mädchen sich am Bett bückte, griff die Kranke es plötzlich beim Haar und fing an, es zu schlagen. „Das ist ein häßliches Frauenzimmer," sagte mir die Kranke am nächsten Tag. — „Warum denn? Warum haben Sie sie geschlagen?" Anfangs lehnt Pat. die Frage mit dem stereotypen: „Ich weiß es nicht" ab, gesteht aber nachher, daß das Mädchen sie an ihre Nichte (die Tochter des Schwagers!) erinnere. — „Werden Sie sie noch weiter schlagen?" — „Ich glaube, ja." Und sie hält auch ihr Versprechen. Aber diese Handlung ist zweifach determiniert. Das Dienstmädchen heißt Klara — und so heißt auch die früher geliebte, jetzt Abneigung erweckende Kusine. In dem Haß ist noch eine Übertragung, durch die Ähnlichkeit der Namen verursacht, da.

Ein drittes Beispiel aus dem Gebiete des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit. Vor einigen Monaten hat Pat. Besuche von ihren Verwandten aus Amerika gehabt. Neulich hat sie ein Arzt besucht und hat sie nach den Besuchen der Verwandten gefragt. Vom Besuche des Bruders und der Schwägerin hat sie Erinnerungen gehabt, auf den Besuch der Schwester und des Schwagers konnte sie sich nicht entsinnen. Warum? Die Antwort, glaube ich, ist klar: Eine Verdrängung der unangenehmen Erinnerungen an die unglückliche Liebe aus dem Bewußtsein.

Wir haben also bei unserer Kranken drei fixierte Komplexe gefunden, die unverändert in ihrem Bewußtsein stehen bleiben und nicht überwunden werden konnten. Ihre seelischen Kräfte reichen nicht aus, um die verschiedenen, entgegengesetzten Vorstellungen, Gefühle und Willensregungen, die in diesen Komplexen verbunden sind, ins Gleichgewicht zu bringen, sie in Übereinstimmung mit ihrer ganzen Persönlichkeit zu verarbeiten. „Es liegt im Interesse des normalen Individuums, von einem obsedierenden Komplex, der die zweckmäßige Weiterentwicklung der Persönlichkeit (die Anpassung an die Umgebung) hindert, loszukommen [1])." „Ist die Verdrängung des Komplexes erfolgt, so besteht noch längere Zeit eine starke Komplexempfindlichkeit, d. h. eine erhöhte Bereitschaft des Komplexes, hervorzubrechen. Ist die Verdrängung nur zustande gekommen durch Kompromißbildung, so ist eine dauernde Minderwertigkeit vorhanden, eine Hysterie, bei der nur eine beschränkte Anpassung an die Umgebung möglich ist. Bleibt der Komplex überhaupt unverändert be-

[1]) G. Jung, Über die Psychologie der „Dementia praecox".

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stehen, was natürlich nur durch schwerste Schädigung des Ich-Komplexes und seiner Funktion möglich ist, dann müssen wir von einer Dementia praecox sprechen [1])." „Bei der Dementia praecox finden wir ebenfalls (wie bei der Hysterie) einen oder mehrere Komplexe, welche sich dauernd fixiert haben. Wir haben also auch hier Komplexe, die nicht überwunden werden konnten [2])." Das muß zu einer Dissoziation, zu einem Chaos des seelischen Lebens führen; zu einem Zerfall der Persönlichkeit. Denn die Persönlichkeit „besteht in der funktionellen Einheit von Willensregungen oder Gefühlsströmungen, die gewissermaßen als tragender Unterbau die Vorstellungen als Oberbau tragen [3])." Diese Einheit eben ist durch das Vorhandensein der selbständigen Komplexe zerstört worden. Die Komplexvorstellungen sind von einem starken Gefühlston begleitet, sie absorbieren deshalb in hohem Grade die Aufmerksamkeit der Kranken und beherrschen und beeinflussen durch ihr plötzliches Eingreifen in die psychischen Vorgänge das ganze Fühlen, Denken und Tun der Kranken. Deshalb können nur stark gefühlsbetonte äußere Reize in ihr Bewußtsein eindringen, die gewöhnlichen Reize des Alltaglebens vermögen es nicht. Daher scheint uns die Kranke so reaktionslos, apathisch. „Die Aufmerksamkeit ist nichts weiter als ein Spezialfall der Affektwirkung" — sagt Bleuler [4]). So ist auch der scheinbare Widerspruch zu verstehen, daß die apathische, gefühllose, beinahe stupuröse Kranke immer über Angst klagt und auch wirklich darunter leidet. Auch die Reize und Vorstellungen, die ins Bewußtsein der Kranken schon vorgedrungen sind, werden von ihr anders, abnorm verarbeitet, weil sie dort mit anderen Vorstellungen der Komplexe, die nicht zur realen Umwelt gehören, in Verbindung treten müssen. Denn bei dem hohen Gefühlston der Komplexvorstellungen sind sie immer bereit, sich ins Bewußtsein vorzudrängen und das Bild der Wirklichkeit zu verwischen, zu verunstalten und zu verzerren. Es ist zu einer Zersplitterung der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, des Auffassungsvermögens der Kranken zwischen den Reizen der Wirklichkeit und den Komplexvorstellungen. Deshalb verkennt die Kranke ihre Umgebung: den Assistenzarzt hat sie für ihren Bruder, den Chefarzt — für ihren Onkel gehalten; oder sie faßt die Umwelt undeutlich, unsicher, wie im Traum auf: „Ich denke, sie wären der Herr Doktor, nicht?" sagte sie zu mir. „Wo sind Sie jetzt?" — fragte ich sie. „Ich

[1]) Ebenda.

[2]) Ebenda.

[3]) O. Juliusburger, Ein Fall von akuter Bewußtseinsstörung alkoholischer Ätiologie. Neurologisches Zentralblatt Nr. 16, 1906.

[4]) Zitiert nach Jung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

denke in Lankwitz, in Berlin — nicht wahr?" — zögerte sie mit ihrer Antwort. Deshalb sind auch ihre Handlungen, ihr Auftreten, ihr ganzes Wesen sonderbar, unzweckmäßig, absurd, ihr Anpassungsvermögen an die Umwelt ist minimal oder fehlt ganz.

Dieses sonderbare Bild von Apathie, falscher Auffassung und Beurteilung der Umwelt, dieses Verkennen der Wirklichkeit gibt der Kranken eine gewisse Ähnlichkeit mit Schwachsinnigen, Verblödeten. Aber ist denn die Kranke wirklich verblödet, schwachsinnig? Können wir denn auf sie diese Benennung in demselben Sinne beziehen, wie wir es in bezug auf einen schwachsinnigen Paralytiker oder Epileptiker tun können?

„Die Lehre von der geistigen Schwäche gehört zu denjenigen Fragen der Psychiatrie, die oft genug noch nicht klar und scharf gestellt, ebensowenig einseitig und unumstritten beantwortet. Man ist nur allzuleicht mit dem Urteil bei der Hand, daß es sich um einen Defekt handelt, der sich bei einem genaueren Zusehen, einer schärferen Analyse der seelischen Vorgänge nur scheinbar als ein Ausfall geistiger Leistung kundgibt, während wir es doch noch mit einer beachtenswerten Gehirnleistung zu tun haben, die unter geänderten Bedingungen zustande kommt und nicht erwartetes Erzeugnis darstellt[1])." Das kann man mit vollem Recht auf die sogenannte „Demenz" bei der Dementia praecox anwenden. Wenn hier von einer Demenz die Rede sein kann, so, meine ich, nur im sozial-psychologischen Sinne. Vom Standpunkte einer sozial-psychologischen Wertung sind die geistigen Leistungen der Frühdementen wirklich minderwertig, die Kranken sind für ein normales gesellschaftliches Leben unfähig. Aber vom individuell-psychologischen Standpunkte aus können wir bei einer Vertiefung in die Psyche der Kranken kaum von einer Demenz sprechen. Wir haben zwar in diesem Falle gesehen, daß die Merkfähigkeit der Kranken herabgesetzt, ihr Auffassungsvermögen und Urteil gestört ist, aber ist es denn dasselbe geistige Bild, wie bei der Dementia paralytica, epileptica, senilis? Der demente Paralytiker faßt gar nicht auf, er erkennt nicht; unsere Patientin faßt falsch auf, sie verkennt. Dem Paralytiker fehlt das Organ, um die Stimme der Wirklichkeit hören zu können, es ist durch die Krankheit zerstört; bei unserer Kranken wird die Stimme der Wirklichkeit durch eine innere übertönt. Bei ihr ist die Auffassung deshalb erschwert, aber nicht unmöglich, wenn ein günstiger Augenblick, ein lichter Moment kommt. „Die ‚Demenz' bei der Dementia praecox beruht auf Gefühlsabsperrung. Die intellektuellen

[1]) O. Juliusburger, Zur Lehre von der Einsichtslosigkeit der Alkoholisten. Vortrag, gehalten in der psychiatrischen Sitzung des Antialkoholkongresses in Budapest, 14. September 1905. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIX, Heft 2.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fähigkeiten bleiben erhalten, das oft behauptete Gegenteil ist wenigstens noch nie erwiesen[1])." Für ihre Erhaltung dagegen spricht die allbekannte Tatsache, daß bei einer interkurrenten akuten Infektionskrankheit, z. B. einer Pneumonie, die scheinbar tief verblödeten Frühdementen plötzlich ganz orientiert und vernünftig werden können. „Das Ich ist der psychologische Ausdruck des fest assoziierten Verbandes aller körperlicher Gemeinempfindung" — sagt Jung[2]). Diese körperlichen Gemeinempfindungen werden durch die Infektionskrankheit gesteigert und verleihen dem Ich-Komplex (Ich-Bewußtsein) so eine starke Gefühlsbetonung des instinktiven Selbsterhaltungstriebes, daß er, wenigstens für eine Zeit, der anderen abgespaltenen Komplexe Herr wird: der Kranke „kommt zu sich". Und dann ist von der Demenz nichts, oder nur sehr wenig zu sehen. Ich glaube deshalb, daß man in diesen Fällen höchstens von einer „Pseudodemenz" sprechen darf. Daß es aber bei langdauerndem Verlauf der Krankheit schließlich zu einer geistigen Schwäche, zu einer, ich möchte sagen, „sekundären Demenz" kommen kann, liegt im Bereiche der Möglichkeit. Denn die Beschränkung des seelischen Lebens hauptsächlich auf die Komplexe könnte zu einer Verödung der Psyche auf allen Gebieten, die außerhalb der Komplexe liegen, zu einer Inaktivitätsatrophie (besonders bei der monotonen, beschränkten Lebensweise der Anstalten) vieler geistigen Leistungen führen. Andererseits, infolge der Absperrung äußeren, neuen Eindrücken gegenüber kommt es zu einer steten Wiederholung, zu einer Monotonie der seelischen Vorgänge innerhalb des Komplexes selbst. Nun wissen wir, daß jeder psychische Prozeß bei öfterer Wiederholung die Neigung hat, sich leichter, schneller, abgekürzt, am Ende „reflektorisch", d. h. ohne aktive Willensanstrengung, ohne bewußte seelische Tätigkeit abzuspielen. So sind wohl die Erscheinungen der „Verdichtung", wie Jung sagt, die Ausbildung der Stereotypen und das Verbigerieren zu erklären. Das führt wiederum zu einer Einschränkung der geistigen Leistungen und zu einer gewissen Abstumpfung der geistigen Regsamkeit.

Jedenfalls muß man den so unglücklich von Kraepelin gewählten Namen „Dementia praecox" für ein Krankheitsbild, bei dem eigentlich keine Demenz besteht und dessen Auftreten nicht unbedingt mit dem

---

[1]) Abraham. Die psychosexuellen Differenzen der Hysterie und der Dementia praecox. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 2. Juliheft 1908.

[2]) O. Juliusburger hat den Gedanken wie folgt ausgedrückt: „Somatopsyche, Ichbewußtsein und bewußter Wille sind nicht Gegensätze, sondern nur verschiedene Ausdrücke für ein und dasselbe." Über Pseudomelancholie. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XVII, Heft 1.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jugendlichen Alter verbunden ist, aufgeben und durch einen anderen, z. B. den von Bleuler vorgeschlagenen — „Schizophrenie“ — ersetzen.

Die Annahme einer Demenz würde in jedem einzelnen Fall nur dann berechtigt, wenn eine wiederholte eingehende Analyse vollkommen ergebnislos bliebe.

Zum Schluß halte ich es mir für eine angenehme Pflicht, meinen hochverehrten Chefs, Herren Dr. J. Fraenkel und Dr. A. Oliven, für die freundliche Überlassung des Materials, für ihr Interesse und ihre Teilnahme für meine Arbeit meinen herzlichen Dank hier auszusprechen.

II. Vereinsbericht.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung vom 19. Dezember 1908.

Bericht von **Dr. Schayer**, Dalldorf-Berlin.

H. Marcuse (Dalldorf): Über tuberöse Sklerose (mit Demonstrationen).

In letzter Zeit ist es Vogt in Frankfurt und auch Pellizzi mehrfach gelungen, die tuberöse Sklerose intra vitam zu diagnostizieren, wodurch die Krankheit, die bis jetzt nur den Wert einer pathologisch-anatomischen Rarität gehabt hat, auch klinisches Interesse gewinnt. Vogt hat besonders darauf aufmerksam gemacht, daß sich neben der Gehirnerkrankung häufig Tumoren der Nieren, des Herzens und der Haut finden. Für die Diagnose sind die Hauttumoren besonders gut zu verwenden, da es sich um eine sonst ebenfalls sehr seltene Affektion, das Adenoma sebaceum, handelt.

Auch in dem vorliegenden Falle finden sich eigentümliche Hauttumoren, die im Aufnahmestatus folgendermaßen beschrieben sind: An beiden Wangen linsengroße, an der Stirn größere, z. T. braun pigmentierte, in der Oberhaut sitzende Geschwülste von derber Konsistenz. Später werden diese Gebilde in der Krankheitsgeschichte zwar nicht mehr erwähnt, dagegen wird von Ekzem des Gesichts gesprochen. Wahrscheinlich hat es sich also auch in diesem Falle um Adenoma sebaceum gehandelt. Bei der Sektion fand sich ferner ein rechtsseitiger apfelgroßer Nierentumor vom Typus der Grawitz'schen Tumoren, so daß also die eigentümliche Kombination: tuberöse Sklerose und Nierentumor wiederum gegeben war.

Die Patientin erreichte das für die Erkrankung relativ hohe Alter von 18 Jahren. Hereditäre Belastung und Lues liegen anscheinend nicht vor. Der Vater gab an, für 15 Pf. Schnaps täglich zu trinken. Bereits von der fünften Woche an litt Patientin an Krämpfen, die aber im Alter von fünf Jahren aufhörten und erst später wieder auftraten. Der letzte wurde einige Wochen vor dem Exitus beobachtet. Das Kind soll mit einem Jahr gehen gelernt haben,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeigte später ein gewisses Interesse für Musik, war aber sonst völlig idiotisch. Der Zustand hat sich aber doch wohl allmählich verschlimmert, was daraus hervorgeht, daß es bis siebeneinhalb Jahr zu Hause gehalten werden konnte. Auch wurde sie dann erst der Idiotenanstalt in Dalldorf zugeführt, galt also für bildungsfähig, und erst nach vierjährigem Aufenthalt in der Idiotenanstalt nach der Irrenanstalt verlegt.

Hier war sie völlig teilnahmslos, verunreinigte sich, machte im Bett sitzend und auch im Stehen stundenlang wippende Bewegungen mit dem Oberkörper. Die Menses traten vom 13. Jahre an regelmäßig auf, doch blieb das anfangs kräftige Kind in der körperlichen Entwicklung stehen. Der Tod erfolgte an Lungentuberkulose.

Das Gehirn wog 1260 g, war also ungewöhnlich schwer. Der Schädel symmetrisch, im ganzen verdickt. Die Dura normal, die Pia stellenweise leicht getrübt und, wie besonders hervorzuheben ist, überall gut abziehbar. Die Oberfläche des Gehirns zeigte zahlreiche unregelmäßig verteilte hellere Stellen, die sich durch ihre derbe Konsistenz von den umliegenden Teilen abhoben. Die Windungen zeigten hier knollenförmige Verdickungen, vielfach mit zentraler Delle. Auf dem Durchschnitt erscheint die erkrankte Rindenpartie verschmälert, sie ist von gelblichweißer, knorpelartiger Beschaffenheit und hebt sich deutlich von der graurötlichen normalen Farbe ab. Die gröbere Gliederung des Gehirns ist nicht beeinflußt. Am Kleinhirn findet sich nur stellenweise eine als weißliche Streifen hervortretende Verdickung der äußeren Gliaschicht. Pons und Medulla zeigen keine besonderen Veränderungen.

Diese Erscheinungen an der Großhirnrinde sind für die tuberöse Sklerose charakteristisch. Der Krankheitsprozeß kann sich in weniger fortgeschrittenen Fällen auf sie beschränken, wie in dem Falle von Stertz, der ein einmonatiges Kind betrifft. Bei älteren Individuen finden sich aber ferner zahlreiche Krankheitsherde in der Marksubstanz und häufig eigenartige geschwulstähnliche Gebilde in den Ventrikeln.

Die Verteilung dieser Markherde demonstriert Vortragender an einer teils nach Pal, teils nach van Gieson gefärbten Schnittserie durch eine Hemisphäre. Überall sieht man große Lücken zwischen den Markscheiden und kleinere, die das Gewebe stellenweise wie von Motten zerfressen erscheinen lassen. An einzelnen Windungen tritt das fontäneartige Aufsplittern der Markfasern nicht mehr deutlich hervor, an anderen macht sich eine hochgradige Rarefikation der Markfasern bemerkbar. Das Bild unterscheidet sich jedenfalls außerordentlich von den scharf begrenzten Herden der gewöhnlichen multiplen Sklerose. Es trägt durchaus den Charakter einer ganz diffusen Erkrankung. Die van Gieson-Präparate zeigen die den Lücken zwischen den Markscheiden entsprechenden Stellen intensiv rot gefärbt. Es handelt sich also im wesentlichen um eine Vermehrung der Glia. Die Herde zeigen vielfach eine radiäre Stellung und stehen z. T. mit Rindenpartien in Verbindung, die ebenfalls deutlich eine Gliavermehrung erkennen lassen.

Die Stammganglien selbst sind intakt, doch finden sich beiderseits in den Seitenventrikeln, dort wo der Nucleus caudatus die Ventrikelwand erreicht, mehrere bis linsengroße Knötchen, die das Ependym hervorbuchten und in die Substanz des Nucleus caudatus eingebettet sind. Der Ventrikel ist besonders in den hinteren Abschnitten erweitert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die histologischen Befunde stimmen im wesentlichen mit denen überein, wie sie Stertz, Geitlin und Vogt ausführlich beschrieben haben. Die Rinde zeigt an den verhärteten Stellen eine enorme Gliawucherung, die neben ungewöhnlich dichten Geflechten und dicken Fasern auch wohl eine Vermehrung der Kerne aufweist und vielfach mit Büschelbildungen, die sich oft den Gefäßen anschließen, einhergeht. Sehr dicht am Rande liegen nicht selten einzelne sogenannte „große Zellen", die hier nicht kernhaltig sind und Ganglienzellen gleichen.

In den Markherden liegen diese großen Zellen in Nestern zusammen, die von dickfaseriger Glia gebildet werden. Einzelne sind erheblich größer als Beetz'sche Riesenzellen. Sie zeigen oft Zeichen regressiver Metamorphose, wie Vakuolenbildung, Fehlen der Nißlschollen usw. Das Protoplasma ist von homogener Beschaffenheit, wie koaguliert. In manchen Herden haben sie bereits den Kern verloren, so daß sich alle Übergangsformen bis zu Gebilden finden lassen, die wie Corpora amylacea aussehen und in allen größeren Herden zahlreich vorhanden sind. Die größeren Herde enthalten ferner vielfach Gefäßneubildungen, die oft stark hyalin degeneriert oder verkalkt sind.

Alle diese histologischen Eigentümlichkeiten zeigen aber gewissermaßen in konzentrierter Form die Ventrikeltumoren. Eine dichte feinmaschige Gliaschicht bildet die Grenze gegen den Nucleus caudatus. Im Innern finden sich dickfaserige Gliabüschel, zwischen denen kernhaltige große Zellen und zahlreiche Corpora amylacea samt ihren Übergangsformen vorhanden sind. Daneben liegt ebenfalls, von dichter Glia umgeben, ein Knäuel stark hyalin veränderter Capillaren, die nirgends Blut enthalten. In ihrer Umgebung liegen besonders zahlreiche Kalkkonkremente. Die neueren Autoren sind darin einig, in den großen Zellen das Primäre der Erkrankung zu sehen. Die Herde wie die Ventrikeltumoren sind als Heterotopien aufzufassen, die entweder direkt die Gliawucherung hervorrufen oder indirekt, indem durch das Fehlen der an die falschen Stellen geratenen Ganglienzellen in der Rinde Lücken entstehen, die nun durch die Gliawucherung ausgeglichen und überkompensiert werden. Die Erkrankung stellt danach eine Entwicklungsstörung dar, die in einer Verlagerung der Neuroblasten und in einer Hemmung ihrer normalen Differenzierung besteht.

Die tuberöse Sklerose ist in dieser Ausbildung pathologisch-anatomisch scharf charakterisiert. Die oben angeführten klinischen Symptome, die der vorliegende Fall in seltener Weise vereinigt, dürften es in Zukunft ermöglichen, die Krankheit von der Idiotie resp. Epilepsie abzugrenzen. Autoreferat.

Kuszynski (Berlin): Demonstration eines Falles von Zwangshalluzination.

27jähriges Dienstmädchen, Vater Potator, von jeher etwas beschränktes, zurückhaltendes Wesen, Kindheit normal, Schule schlecht gelernt, keine Krankheiten, Menstruation regelmäßig. Sexueller Verkehr 1906 kurze Zeit stattgefunden. Beziehungen wurden abgebrochen, weil der Mann sie nicht heiraten wollte. 1904 machte sie schweren Typhus durch, der acht Wochen dauerte. Kurz vor Ablauf desselben, sie war schon lange fieberfrei, hörte sie ohne jede Veranlassung eine Stimme, die das Wort „Fluch" sprach. Es war eine unbekannte Frauenstimme, sie klang flüsternd, wurde nicht nach außen lokalisiert. Die Stimme kehrte immer wieder, sie konnte sie nicht unterdrücken, wurde bald des Tages, bald des Nachts gehört. Das Auftreten der Halluzination wurde

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stets von Krankheitsbewußtsein begleitet. Patientin versuchte wiederholt erfolglos gegen die Stimme anzukämpfen. Später hörte sie die Stimme auch gelegentlich wenn sie beten wollte. Das Hören der Stimme war von Angst begleitet. Im Anschluß an diese Stimme machte sie sich Vorwürfe. Sie glaubte, sie täte damit eine Sünde. Nach einigen Monaten trat Besserung des Zustandes ein. Jedoch hat sie — aber nur selten — von Zeit zu Zeit das Wort „Fluch" gehört, ohne daß dadurch ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt wurde. Seit einigen Monaten ist sie im christlichen Jungfrauenverein.

Vor sechs Wochen trat wieder eine Verschlimmerung ihres Zustandes ein. Trotzdem sie sehr gehemmt war, schilderte sie ihn klar und bestimmt; auch bei wiederholten Fragen ließ sich immer wieder feststellen, daß die Kranke das Wort „Fluch" bald ohne Veranlassung, bald beim Beten hörte. Die Halluzination hatte denselben Charakter wie bei ihrem ersten Auftreten. Erst im Anschluß an diese hatten sich die Hemmung und die Angst entwickelt. In den halluzinationsfreien Intervallen fehlte beides. Leider ließ sich infolge der Beschränktheit der Patientin nicht feststellen, ob das Wort „Fluch" den Imperativ oder das Substantiv bedeutet. Die Intelligenzprüfung ergab eine leichte Debilität. Die körperliche Untersuchung ergab keine Besonderheiten. Ohrenbefund normal. Hysterische Stigmata fehlten. Auch die Symptome der hysterischen Persönlichkeit werden vermißt. Es fehlt ferner jeder Zusammenhang mit einem affektvollen Erlebnis. Die Annahme einer Melancholie ist zurückzuweisen, weil die Kranke auf das bestimmteste angibt, daß Depression und Angst erst im Anschluß an die Halluzinationen aufgetreten sind. Sie habe zu Gott gebetet, er möge sie von der Stimme erlösen. Als das keinen Erfolg hatte, kam sie auf den Gedanken, sie müßte schlecht sein. Schwindet die Halluzination, so weist die Kranke Versündigungsvorstellungen sofort zurück. Zwangserscheinungen hat Patientin nicht geboten. Dagegen fassen wir die beschriebene Halluzination als Zwangshalluzination auf.

Von den in der Literatur angeführten Fällen von Zwangshalluzinationen läßt sich von vornherein ein großer Teil ausscheiden, weil sie deutliche hysterische Züge tragen. Sergeranoff hat eine Einteilung der Zwangshalluzinationen gegeben, die sich auf ihre Art, ihre Lebhaftigkeit und ihre Projektion nach außen bezieht. Wertvoller ist die von Sèglas gegebene Einteilung, die zwischen Halluzination obsédante und Obsession halluzinatorie unterscheidet. Löwenfeld's Benennung dieser Formen als primäre und sekundäre erscheint zweckmäßiger. Die letztere Form ist ziemlich häufig, in letzter Zeit z. B. von Hoche beschrieben worden. In der Literatur hat sich dagegen kein einwandfreier Fall von primärer Zwangshalluzination gefunden. Sèglas beobachtete einen Kranken mit isolierter Geruchshalluzination. Seine Angaben sind aber nur sehr kurz. Vor allem vermißt man den Versuch, etwaige unbewußte Motive aufzudecken. Es bleibt auch ungewiß, ob nicht etwaige Sensationen vorhanden waren.

Als Zwangszustände fassen wir solche auf, gegen die der Wille erfolglos ankämpft und die von Fremdgefühl begleitet werden. Sodann ist die Genese des Zwangsprozesses bedeutsam. Wenn die Geistesstörungen, die zu einer Verfälschung der Persönlichkeit und der Außenwelt führen, in der tatsächlichen Unsicherheit ihre letzte Ursache haben, so findet sich diese bei Zwangsvorgängen im intellektuellen Unsicherheitsgefühl, dem Zweifel. Das Individuum will sich von diesem Unsicherheitsgefühl befreien, es muß es tun, weil es sonst der Gefahr

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des gänzlichen Zerfalls ausgesetzt ist. Es wählt sich zu diesem Zwecke eine bestimmte Vorstellung, an der sich gewissermaßen das Übermaß an Unsicherheitsgefühl bestätigen kann. Diese Vorstellung ist meist stark affektbetont. Der Nachweis des Unsicherheitsgefühls wird durch das Gesamtverhalten des Individuums geführt. Meist sind es pedantische oder debile Menschen, die bei jedem Tun, wie Friedmann es nannte, eine deutliche Entschlußunfähigkeit zeigen. Diese Genese trifft nicht in allen, sicher aber in vielen Fällen zu.

Auch bei unserer Kranken zeigt sich dieses Unsicherheitsgefühl. Wir haben nun nach dem Motiv gesucht, warum bei ihr gerade die Halluzination Fluch aufgetreten ist. Sexuelle Momente liegen nicht vor. Der Sexualverkehr hat erst nach dem Typhus stattgefunden. Dagegen gab Patientin einmal zögernd an, als sie nach Selbstvorwürfen gefragt wurde, daß sie als Kind gegen die Mutter ungehorsam gewesen war, und daß sie sich darüber viel Gedanken gemacht habe. Einen Zusammenhang mit der Halluzination stellt sie in Abrede. Es wäre denkbar, daß sie nichts davon weiß. Sie ist beschränkt, ungebildet, in der Selbstbeobachtung ungeübt. Immerhin ist das eine Erklärungsmöglichkeit. Daß dann dieser Selbstvorwurf sich in die Gestalt einer Halluzination gekleidet hat, dafür scheint mir ihr Auftreten am Ende des Typhus wichtig. Die Degeneration kommt im intellektuellen Insuffizienzgefühl zum Ausdruck. Bei schwerer Erschöpfung ist der Vorstellungsablauf herabgesetzt, die Erregbarkeit der Sinneseindrücke gesteigert. Die Gefühlstendenz der Unsicherheit weckte die Vorstellung: Du hast in deiner Jugend deiner Mutter nicht gehorcht; zum konsequenten Ausdenken und zur begrifflichen Formulierung des Vorwurfs ist sie nicht fähig. Nun findet die Entladung auf dem bequemeren, leichter aussprechbaren Wege der Sinnessphäre statt, indem der Vorwurf in das Akrasma „Fluch" zusammengedrängt wird. Auch bei den häufigen sekundären Zwangshalluzinationen ist wohl nicht die Intensität der Vorstellung, sondern der schwere Grad von Erschöpfung die Ursache der begleitenden Halluzination. Autoreferat.

Diskussion: Richter (Buch) macht auf die großen Schwierigkeiten aufmerksam, welche die Beurteilung der Geisteszustände Krimineller mit singulären Gehörstäuschungen in foro bieten kann und verweist auf einen von ihm in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 58, Jahrgang 1901, Seite 323, veröffentlichten diesbezüglichen Fall. Autoreferat.

Sander (Dalldorf) fragt, ob die Patientin otologisch untersucht worden ist.

Kuszynski (Schlußwort): Eine etwaige forensische Beurteilung würde in dem vorgestellten Falle keine Schwierigkeiten machen und jedenfalls zur Exkulpierung führen. — Otologisch sei die Kranke nicht untersucht worden.

Max Edel (Charlottenburg): Die Wassermann'sche Reaktion bei der progressiven Paralyse und paralyseähnlichen Erkrankungen.

Durch die Blutserumuntersuchungen nach dem Wassermann'schen Verfahren werden im Blute Stoffe nachgewiesen, welche in irgendeiner Beziehung zur Syphilis des Untersuchten stehen. Bei dem häufigen Versagen der Syphilisanamnese ist der hierdurch gegebene Nachweis der Lues von erheblichem Wert, was besonders auch bei den metasyphilitischen Erkrankungen und namentlich bei der progressiven Paralyse in Betracht kommt. Die paralyseähnlichen Krankheitsbilder hat man anatomisch zwar von der progressiven Paralyse zu sichten begonnen, die für die Prognose wichtige klinische Unterscheidung aber begegnet

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

noch vielfach Schwierigkeiten. Vortragender führt die junge Literatur an, welche sich mit der Unterscheidung der Gehirnerweichung von ähnlichen Gehirnerkrankungen mittels der Blutserumuntersuchung befaßt. In der Edel'schen Anstalt zu Charlottenburg wurden vom Vortragenden und Dr. Senkpiel bei allen in Betracht kommenden Psychosen seit einem Jahre die Blutentnahmen gemacht und von Herrn Fritz Lesser nach der Wassermann'schen Methode untersucht. Um jede subjektive Beeinflussung der Resultate zu vermeiden, wurden ihm die Blutsera ohne Nennung der Diagnosen und unter Angabe von Pseudonymen bei öfter untersuchten Patienten geschickt. Das Blut wurde stets aus einer Vene in der Gegend des Ellenbogengelenks oder am Unterarm entnommen. Unter 100 Untersuchten mit den verschiedensten Psychosen ergaben, abgesehen von den Paralysen, diejenigen Fälle, welche Lues anamnestisch aufwiesen oder noch manifeste Zeichen derselben darboten, ein positives Resultat. Außerdem reagierten noch einige weitere Fälle positiv, bei welchen nachträglich die syphilitische Infektion bestätigt wurde. Alle Fälle, die nichts mit Lues zu tun hatten, reagierten negativ. 50 Fälle klinisch sicherer progressiver Paralyse, unter denen drei Taboparalytiker, reagierten sämtlich positiv. Von sieben Tabikern war dies bei fünf der Fall. Auch eine traumatische Paralyse, ebenso wie eine juvenile Paralyse und solche mit funktionellen Krankheiten kombiniert, reagierten positiv. Die wenigen Fälle von Paralyse anderer Untersucher mit negativem Ausfall dürften teilweise auf Verwendung von unwirksamen Extrakten oder auf einen Irrtum in der Diagnose zu beziehen sein und müßten in ihrem weiteren Verlauf genau verfolgt werden.

Bedeutungsvoll erschien die Untersuchung bei differentialdiagnostisch zweifelhaften Fällen, bei welchen Paralyse einerseits, paralyseähnliche, zum Teil mit Lues, cerebralen Lähmungserscheinungen und geistiger Schwäche verbundene Erkrankungen andererseits in Frage kam, wie Manie, manisch-depressives Irresein, Imbezillität, Dementia praecox, arteriosklerotische Demenz, Epilepsie, Hysteroepilepsie, Korsakoff. Der negative Ausfall der Serumuntersuchung bewog uns in mehreren dieser Fälle die Diagnose progressive Paralyse fallen zu lassen. Ein Patient, welcher bei der ersten Aufnahme den Eindruck eines Alkoholdeliranten machte, aber positiven Serumbefund hatte, ohne Luesanamnese oder Zeichen von Lues aufzuweisen, wurde nach einiger Zeit wieder aufgenommen und bot nun deutliche Erscheinungen von Paralyse dar, starb auch im paralytischen Anfall. Der positive Befund des Blutserums hatte von Anfang an vermuten lassen, daß es sich um Paralyse handeln könne. In anderen Fällen, wo trotz positiven Serumbefundes keine progressive Paralyse vorlag, hat nicht die Serumuntersuchung, sondern das klinische Gesamtbild den Ausschlag gegeben. Zwei Fälle, welche für stationäre Fälle von Paralyse gehalten werden könnten, ohne es zu sein, wurden besonders erwähnt; der eine ist seit 18 Jahren in Anstaltsbehandlung, hat Sprachstörung, weite lichtstarre Pupillen, Krämpfe, Demenz, enorme Größen- und Verfolgungsideen, hypochondrische Vorstellungen mit Sinnestäuschungen, fehlende Patellarreflexe, leichte Ptosis. Die wiederholt negative Serumreaktion ließ hier die Zweifel an der lange Zeit gestellten Diagnose Paralyse berechtigt erscheinen. Der Patient hatte einen Schanker gehabt, aber nie eine antisyphilitische Kur gemacht. Es handelt sich trotz negativem Wassermann um Hirnlues mit Epilepsie und Demenz. Der zweite Fall ist 24 Jahre in der Anstalt, ohne Luesanamnese, erkrankte nach kurzem melancho-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichem Stadium an maniakalischer Erregung und zunehmender geistiger Schwäche. Charakteristische körperliche Lähmungserscheinungen (Sprachstörungen, Hypoglossuslähmung, differente lichtstarre Pupillen, Beschränkung der Augenbewegung, Steigerung der Kniesehnenreflexe), Euphorie, Intelligenzschwäche usw. ließen den Fall jahrelang als eine Paralyse erscheinen. Blutuntersuchung schwach positiv, konnte auch hier für Hirnlues und nicht für Paralyse verwertet werden. In einem anderen Falle von Imbezillität, wo eine Sprachstörung vorübergehend auftrat und Euphorie vorhanden war, konnte man ohne Kenntnis der Anamnese an Paralyse denken. Der negative Serumbefund ließ diese aber ausschließen. Die frühzeitige Erkennung des syphilitischen Faktors könne eine nicht zu unterschätzende Handhabe für die Therapie von Psychosen in Fällen abgeben, wo früher die Anamnese nach dieser Richtung hin versagt habe. In der Anstalt wurden in geeignet erscheinenden Fällen antisyphilitische Kuren verschiedenster Art angewandt, ein Umschlag der positiven Reaktion in eine negative nach denselben bisher aber noch nicht beobachtet. Die Beobachtungsdauer ist aber noch eine viel zu kurze, um ein Urteil über die Erfolge und die Dauer derselben abzugeben. Zusammenfassend wurden folgende Sätze vorgetragen:

1. Wir bestätigen in diagnostischer Hinsicht den erheblichen Wert der Wassermann'schen Blutserumreaktion für die Psychiatrie im Rahmen der gesamten klinischen Diagnostik und möchten diese Reaktion als ein schätzenswertes diagnostisches Hilfsmittel nicht mehr entbehren.

2. Bei 100% unserer klinisch sicher gestellten, an progressiver Paralyse leidenden Fälle ist die Reaktion positiv gefunden, daher der Satz: „Keine Paralyse ohne Syphilis", durch unsere Untersuchungen in Übereinstimmung mit denen von Plaut, Stertz u. a. bestätigt wird.

3. Die Hauptbedeutung der Wassermann'schen Serumreaktion für die Psychiatrie erblicken wir in ihrer Verwertung bei der Differentialdiagnose zwischen Paralyse und paralyseähnlichen Erkrankungen. In Fällen, in denen die Diagnose progressive Paralyse in Frage kommt, läßt nämlich der negative Serumbefund nach der Wassermann'schen Methode mit größter Wahrscheinlichkeit die paralytische Erkrankung ausschließen. Der positive Befund dagegen spricht in der Regel in solchen Fällen nur für eine Lues, kann aber bisweilen die Diagnose im Sinne der Paralyse beeinflussen. Bei negativem Serumbefund ist Lues cerebri nicht ausgeschlossen.

4. Die Erfolge der aus der Serumreaktion bei Geisteskranken sich ergebenden therapeutischen Maßnahmen (vorsichtige Behandlung einer festgestellten Lues, soweit nicht bereits vorgeschrittene progressive Paralyse besteht oder alte Defektzustände vorliegen) sind noch abzuwarten. Autoreferat.

(Eine ausführlichere Veröffentlichung wird in einer vom Vortragenden herausgegebenen Festschrift anläßlich des 40jährigen Bestehens der Edel'schen Anstalt im Hirschwald'schen Verlage demnächst erfolgen.)

Liepmann (Dalldorf) bemerkt, daß positiver Befund im Blut nur beweist, daß Lues bestanden hat, aber die Differentialdiagnose zwischen Paralyse, Lues cerebri und beliebiger Psychose bei zufällig Luetischen nicht gestatte; dagegen soll, wenigstens nach Plaut, der Befund in der Lumbalflüssigkeit bei Paralyse so gut wie immer, bei Lues cerebri und allgemeiner Lues so gut wie nie positiv sein. Autoreferat.

Schuster (Berlin): Es kann heute nicht mehr zweifelhaft sein — und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch die interessanten Mitteilungen des Vortragenden beweisen dies aufs neue —, daß die Neurologie an der Wassermann'schen Reaktion ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel gewonnen hat, und daß auch unsere Auffassung der Ätiologie und Pathogenese der Tabes und Paralyse eine neue wertvolle Stütze gewonnen hat. Unser nächstes Ziel in der Nutzbarmachung der Wassermann'schen Reaktion muß darin bestehen, womöglich einen Anhaltspunkt für die Beurteilung der wichtigen Frage, ob intensive Hg-Behandlung der Lues vor nervösen Nachkrankheiten schützen kann, zu gewinnen. Die Wichtigkeit einer sichereren Beurteilung dieser Frage, als es durch die Statistik möglich ist, liegt auf der Hand.

Es muß jetzt festgestellt werden, ob Paralytiker und Tabiker, die ihre frühere Syphilis intensiv behandeln ließen, sich serologisch anders verhalten als schlecht und gar nicht behandelte. Meine eigenen diesbezüglichen Untersuchungen, die sich allerdings bis jetzt noch auf ein nicht genügend großes Material stützen (zirka 26 serologisch untersuchte Fälle mit genauer Angabe betreffs der Hg-Behandlung), ließen leider einen Einfluß der Hg-Behandlung nicht erkennen, so daß ich hierin eine Übereinstimmung mit dem Resultat meiner statistischen Erhebungen sah, nach welchen die metasyphilitischen Erkrankungen ebenso bei ausgezeichnet behandelten Luetikern als bei gar nicht behandelten auftreten. Interessant war mir, daß auch der Vortragende keinen deutlichen Einfluß der Hg-Behandlung — wenigstens soweit es sich um diejenige bei schon ausgebrochener Metasyphilis handelt — sehen konnte.

Ich bitte nun den Vortragenden noch um eine Vervollständigung seiner Mitteilungen, ob er auch auf den Einfluß auf den Ausfall der Wassermann-schen Reaktion geachtet hat, welchen die Behandlung der Syphilis selbst etwa ausgeübt hat. Ich würde mich freuen, etwas zu hören, was meinen Skeptizismus in diesem Punkte widerlegen könnte. Autoreferat.

R. Ledermann (Berlin) a. G. hat bisher 71 Fälle von Erkrankungen des Zentralnervensystems, darunter 41 Tabes, 18 Paralysen und 11 Lues cerebri serologisch untersucht. Von diesen 71 Fällen reagierten 57 = 82,8% positiv. Von 41 Tabesfällen war die Reaktion bei 31 = 75,6%, von 18 Paralysen (inklusive 3 Taboparalysen) bei 14 = 77,7%, von 11 Lues cerebri-Fällen bei allen = 100% positiv. Unter 41 Tabesfällen hatten nachweislich 11 Quecksilberkuren, 5 bestimmt keine Kuren durchgemacht. In 25 Fällen war Lues früher nicht beobachtet worden und deshalb auch von einer Behandlung nichts bekannt. Außerdem fanden sich in Fällen von multipler Sklerose, Peroneuslähmung und Dementia praecox, wie zu erwarten, negative Reaktionen. Redner hält den positiven Ausfall der Reaktion für ein sicheres Beweismittel einer vorausgegangenen Syphilis. Negative Reaktion läßt Lues nicht ausschließen und ist nur unter Berücksichtigung aller klinischen Merkmale zu beurteilen. Sie ist besonders im Frühstadium mit Vorsicht zu betrachten, da sie sich nicht selten in eine positive Reaktion wieder umwandelt. Erst in späteren Jahren gewinnt sie bei gut behandelten und lange Zeit symptomenfreien Patienten eine prognostisch günstige Bedeutung. Autoreferat.

Fritz Lesser (Berlin) a. G. hat in sämtlichen 61 Fällen von Paralyse konstant eine positive Reaktion erhalten, bei der Tabes nur in 56%. Man muß hierbei berücksichtigen, daß in vielen Fällen die Tabes schon viele Jahre bestanden hat, während welcher Zeit die Syphilis zur Ausheilung gekommen sein kann, denn die positive Reaktion sagt ja nichts über Tabes und Paralyse

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aus, sondern nur über eine noch bestehende Syphilis. Was die Frage anbetrifft, ob die mit vielen Quecksilberkuren vorbehandelten Syphilitiker weniger Gefahr laufen, Tabes oder Paralyse zu bekommen, als die nur mangelhaft mit Hg vorbehandelten Syphilitiker, so schließen alle bisher aufgestellten Statistiken einen Trugschluß in sich, indem sie immer die Tabiker zum Ausgangspunkt haben. Es kommt aber nicht darauf an, wieviel Tabiker gut behandelt sind und wieviel schlecht, sondern vielmehr, wieviele der gut oder schlecht behandelten Syphilitiker Tabes bekommen. Man muß also von den Syphilitikern ausgehen. Wenn wir zur Entscheidung dieser Frage den Ausfall der Serumreaktion heranziehen, so ergibt sich, daß bei den gut mit Quecksilber vorbehandelten Syphilitikern später die Serumreaktion häufiger negativ ist als bei den mangelhaft mit Quecksilber vorbehandelten Syphilitikern. Da bei Tabes und Paralyse meist eine positive Reaktion gefunden wird, so können wir auch umgekehrt schließen, daß Syphilitiker mit negativer Reaktion weniger Gefahr laufen, Tabes und Paralyse zu bekommen. Es wird sich unter Kontrolle der Serumreaktion ermöglichen lassen, häufiger als bisher eine dauernd negative Reaktion bei Syphilitikern zu erzielen und somit auch die Frequenz der Tabes und Paralyse herabzusetzen.

Autoreferat.

D. Munter (Berlin): In der neurologischen Privatpraxis treten in letzter Zeit immer häufiger die Anforderungen an den behandelnden Arzt heran, die Gattin eines Paralytikers serodiagnostisch untersuchen zu lassen. Es wäre ja immerhin möglich, auf diesem Wege bei positiver Reaktion durch frühzeitige und intensive Kuren dem Ausbruch von Tabes oder Paralyse vorzubeugen. — In der sonst so weitläufigen Literatur über diese Frage finden sich keine Angaben über Untersuchungen an den nächsten Anverwandten metasyphilitisch erkrankter Personen. — Wie Herr Blaschko mir auf eine diesbezügliche private Anfrage berichtete, fand er bei den Ehefrauen der Paralytiker fast stets positive Reaktion.

Frenkel-Heiden (Berlin) berichtet über die Erfahrungen, die in der Ziehen'schen Charitéklinik über die Wassermann'sche Serodiagnostik gemacht worden sind.

Schuster: Da Lesser auf meine im Jahre 1907 veröffentlichten Untersuchungen (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50) hingewiesen und gemeint hat, es handle sich bei den statistischen Erhebungen um Trugschlüsse, so bin ich genötigt, hierauf mit einem Worte zurückzukommen. Es würde zu weit ab von dem Thema der Diskussion führen, wenn ich jetzt hier noch einmal ausführlich auseinandersetzen würde (was ich in einer kleinen Polemik in der Deutschen med. Wochenschr. tat), daß von einem Trugschluß nicht die Rede sein kann. Ich will nur betonen, daß ich die Fragestellung meiner Statistik gar nicht frei wählen konnte, sondern gezwungen war, die gleiche Fragestellung zu tun, wie die früheren in dieser Frage interessierten Autoren. Denn nur so konnte ich meine Resultate mit denen der übrigen Untersucher — auch Neißer's — vergleichen. Außerdem, und das ist gewiß nicht das Unwichtigste, vergißt Lesser, daß wir bei einer Statistik nur von dem Material ausgehen können, welches wir haben, also von den Tabikern, Paralytikern usw. Eine genügend große Anzahl von Luetikern, die in der metasyphilisreifen Periode, also zirka 12—20 Jahre nach der Infektion, stehen, haben die Neurologen nicht zur Verfügung und wahrscheinlich die Dermatologen auch nicht. Lesser hat eine Anzahl von fünf Jahre nach dem Primäraffekt befindlichen Syphilitikern zu-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sammengestellt und dabei gefunden, daß sich prozentual bei den gar nicht und bei den gut behandelten Patienten ein kleiner Unterschied in der Häufigkeit der positiven Serumreaktion findet. Ich will die Zahlen von Lesser, trotzdem auch sie nur einen relativ kleinen Unterschied ergeben, gewiß nicht bemängeln. Ich will nur so viel betonen, daß die von Lesser gewonnenen Werte vielleicht in dermatologischer Hinsicht eine Bedeutung haben, jedoch für die Periode der Metasyphilis nichts beweisen können. Einwandfreies Beweismaterial könnte nur geschafft werden, wenn eine genügend große Zahl von Menschen, die 10 bis 20 Jahre früher eine frische Lues gehabt haben, die zum Teil gut behandelt, zum Teil gar nicht behandelt worden wären, sowohl serologisch als auch auf das Bestehen von Metasyphilis untersucht würden. Ich will zum Schluß noch bemerken, daß ich selbstverständlich die von Lesser und anderen geforderte statistische Fragestellung theoretisch als die idealere ansehe, daß ich sie aber aus den angeführten Gründen — aus dem Mangel an korrektem Ausgangsmaterial — praktisch für undurchführbar halte. Autoreferat.

Döblin (Berlin) hält den Satz des Referenten: Keine Paralyse ohne Lues, für nicht bewiesen oder überhaupt für nicht beweisbar aus der Reaktion. Eine Spezifität der Wassermann'schen Reaktion für Lues im Sinne der Immunitätsreaktionen besteht nicht, da ja beim Versuch, den Anteil der Leber am Ausfall der Reaktion zu bestimmen, sich bekanntlich zeigte, daß auch normale Leber, sogar normaler Herzmuskel gleiche Resultate wie syphilitische Leber ergab; übrigens geben einige Protozoenkrankheiten auch positiven Befund. Immerhin werden Lues, Tabes, Paralyse durch den positiven Ausfall angezeigt, wie empirische Massenuntersuchungen ergeben. Tabes und Paralyse werden nicht durch den positiven Befund als luetische Erkrankungen gekennzeichnet. Solange nicht einwandfrei die Spezifität der Reaktion für luetisches Antigen dargetan wird, beschreibt der gleiche Serumbefund nur eine Beziehung der drei Krankheiten zueinander, ohne darüber etwas auszusagen, welche von ihnen die Reaktion als für sich spezifisch beanspruchen kann. Angesichts der hundert Prozent positiver Ausfälle bei Paralysen könnte man vielleicht eher von einer Paralysereaktion sprechen. Autoreferat.

Max Edel (Schlußwort): Die Diskussion hat im wesentlichen übereinstimmend den hohen diagnostischen Wert des Wassermann'schen Verfahrens bestätigt. Wenn Frenkel auch bei Paralyse nur 80% positiven Ausfall feststellen konnte, so erkennt er doch auch den diagnostischen Wert der Methode an. Über die therapeutischen Richtschnuren, welche sich aus ihr ergeben, habe ich mich selbst vorsichtig ausgesprochen. Schuster hat einen nihilistischen therapeutischen Standpunkt auf Grund seiner Beobachtungen gewonnen, daß gut mit Hg vorbehandelte Tabesfälle ebenso häufig wie nicht oder schlecht vorbehandelte positiv reagieren und daß ein Einfluß von mehr oder minderen antisyphilitischen Kuren auf die Entwicklung von Tabes oder Paralyse nicht zu erkennen wäre. Ich glaube, daß der Grad der Infektion dabei mit in Betracht gezogen werden muß. Denn schwer infizierte Fälle machen naturgemäß schwerere syphilitische Erscheinungen und veranlassen häufigere intensive Kuren. Es erscheint mir erklärlich, wenn in einem Teil dieser Fälle eben wegen der schwereren Infektion die Serumreaktion trotzdem positiv bleibt und früher oder später Tabes oder Paralyse hinzukommt. Was die von Liepmann angeregte Frage der Lumbalpunktion betrifft, so bedürfen wohl die vergleichenden Untersuchungen an Blut

Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

und Spinalflüssigkeiten noch weiterer Nachprüfung. Ich behalte mir aber vor, in geeignet erscheinenden, diagnostisch zweifelhaften Fällen die Lumbalpunktion zur Beurteilung heranzuziehen. Munter erwidere ich, daß ich beabsichtige, die Ehegatten der erkrankten Paralytiker serologisch soweit als möglich gleichfalls zu untersuchen. Ein Mann einer an Paralyse leidenden Frau hatte negativen Blutbefund; es stellte sich heraus, daß die Frau vor der Ehe mit diesem Mann sich anderweit infiziert hatte. Auf den Einwand, welcher gegen den Schluß: „Keine Paralyse ohne Lues" gemacht wurde, erwidere ich, daß die Wassermann'sche Methode die bereits durch die Statistik nachgewiesene große Beteiligung der Lues an der Vorgeschichte der Paralyse bekräftigt hat. Da eine positive Reaktion einstimmig als Beweis für eine frühere Lues angesehen wird und wir in sämtlichen Fällen von Paralyse eine positive Reaktion gefunden haben, so tragen wir keine Bedenken, unsere Fälle von Paralyse auf Syphilis ursächlich zurückzuführen. — Allseitig ist zugegeben, daß ein außerordentlich großer Prozentsatz der Paralysen positiv reagiert, und damit ist ein Zusammenhang der Paralyse mit der Lues in den allermeisten Fällen festgestellt, mag dieser Zusammenhang nun ein direkter oder mehr indirekter sein. Der Ansicht gegenüber, daß ein negativer Ausfall der Blutuntersuchung nur mit Vorsicht zu verwerten ist, möchte ich gerade hervorheben, daß die Paralyse eine Sonderstellung einnimmt. Während im allgemeinen darin Einigkeit herrscht, daß der negative Befund keinen sicheren Schluß zuläßt, spricht gerade der fast konstant positive Befund bei der Paralyse dafür, daß bei Verdacht auf Paralyse eine negative Reaktion gegen die Annahme einer Paralyse zu verwerten ist. Ich bemerke nochmals, daß Lesser und wir ganz unabhängig voneinander gearbeitet haben. Es wurde voraussichtlich syphilitisches und nicht syphilitisches Material untereinander ohne Bezeichnung der Diagnosen an Lesser geschickt und es war geradezu überraschend, wie in jedem Fall von Paralyse prompt der positive Ausfall der Reaktion gemeldet wurde. Autoreferat.

Kapff (Waldfrieden, Fürstenwalde): Fürsorge bei Alkoholkranken.

Eine Fürsorge bei Alkoholkranken ist dringendes Bedürfnis. Allein anstaltsbedürftige Trunksüchtige sind für Preußen zirka 7000 ausgerechnet worden. Im Jahre 1905 wurden nach der preußischen Statistik 3517 Männer mit Del. tremens in die Irrenanstalten aufgenommen. Die Zahl der Alkoholkranken in Krankenhäusern hat sich ebenso wie die der Herzkranken und Nervenkranken vervierfacht seit 1879. Die strafrechtliche Fürsorge für den Trunksüchtigen nach § 361, Ziffer 5 des Reichs-Strafgesetzbuches besagt, daß hilfsbedürftige Alkoholiker behandlungsbedürftig sind und zwei Jahre lang in Arbeitshäuser zwangsweise eingewiesen werden können. Nach öffentlichem Recht kann die Verwaltungsbehörde den Trinker zum Trunkenbold erklären. Die zivilrechtliche Fürsorge würde durch den § 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches, Absatz 3, eingeleitet. Wenn die Anstaltsbehandlung eines Trunksüchtigen auf Grund vorhergehender Erkundigung auch praktisch ein Unding ist, weil die Verquickung von Heilfürsorge mit der Einziehung bürgerlicher Rechte unhaltbar ist, so ist doch der Anfang einer großzügigen Fürsorge damit gemacht. Der Ton ist auf Fürsorge gestimmt. Die Krankenkassen, Armenverwaltungen, Landesversicherungsanstalten haben ein erhebliches Interesse an einer rationellen Trinkerfürsorge. Die Einweisung und Behandlung von Trunksüchtigen in Spezialanstalten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist viel billiger als eine kurze und mehrmalige Krankenhaus- oder Irrenanstaltsbehandlung. In neuester Zeit hat die Invaliditätsversicherungsanstalt Schlesien in Anerkennung der Wichtigkeit der Fürsorge Prämien für geeignete Beihilfe ausgestellt; vor allem sucht sie modern eingerichtete und ärztlich geleitete Anstalten für Alkoholkranke. Die Abtrennung von Alkoholiker-Dependenzen von Irrenanstalten halte ich nur für vorübergehend empfehlenswert. Das zu erwartende Trinkerfürsorgegesetz braucht originale und mit eigener Autorität wirkende Spezialanstalten für Alkoholkranke. Die Erfolge in ihnen sind vorwiegend Persönlichkeitserfolge. Der Kampf der Suggestion gegen die Autosuggestion ist das wesentliche bei der Therapie. Er erfordert viel Geduld, Kleinarbeit, psychotherapeutische Behandlung. Das Drängen nach Selbsthilfe und Aktivität hat die Fürsorge- und Auskunftsstellen geboren, die in über 20 großen Städten mit gutem Erfolge trotz ganz verschiedenen Vorgehens eingerichtet sind. In Berlin arbeitet sie, ärztlich geleitet, mit Hilfe von zwei Schwestern seit 1. X. 08. Die drei Fürsorgestellen hatten den ersten Monat 211 Nummern in den Journalen aufzuweisen, die 123 ratsuchenden Personen entsprachen. Den Enthaltsamkeitsvereinen wurden zehn, der Spezialanstalt Waldfrieden zwölf zugewiesen. Die Verbindung mit Polizeipräsidien, Armenverwaltungen, Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten, Enthaltsamkeitsvereinen ist da und dort schon gesichert, überall wird sie angestrebt.

Die Fürsorge für die entlassenen Alkoholkranken ist sehr wichtig, die Familienpflege ist bei ihnen gescheitert. Ein Trunksüchtiger ist viel schwerer unterzubringen als ein Geisteskranker. Vor allem hüte man sich, durch vorzeitige Entlassung eines Trunksüchtigen die Gesellschaft zu gefährden. Der Trunksüchtige ist hilfsbedürftig; er muß genau so zwangsweise und gesetzmäßig der Spezialanstalt zugeführt werden können, wie die Geisteskranken nach dem Gesetz vom 12. VII. 1891. Jeder Fall ist hierbei individuell auf seine Anstaltsbedürftigkeit zu prüfen. Ein staatlich angestellter Inspektor möge vorläufig die Trinkeranstalten revidieren, Material sammeln als Bausteine zu einem Gesetz.

Autoreferat.

III. Bibliographie.

L. Bruns: Die Geschwülste des Nervensystems. II. Auflage. Berlin 1908, S. Karger. XII. und 480 S.

Von der neuen Auflage dieses rühmlichst bekannten Werkes ein ausführliches Referat hier zu geben, erscheint schon deshalb überflüssig, als es bei seinem ersten Erscheinen bereits eingehend gewürdigt worden ist (1898, IX. S. 332). Ebenso unnötig wäre es, wollten wir unsererseits die von kompetenterer Seite längst anerkannten Vorzüge des Bruns'schen Buches hier nochmals hervorheben; daß diese in der neuen Gestalt des Werkes noch mehr zur Geltung kommen, davon wird sich jeder leicht überzeugen. In der neuen Auflage hat zumal die chirurgische Behandlung der Hirn- und Rückenmarksgeschwülste eine groß angelegte und vielfach auf eigene Erfahrungen gestützte Neubearbeitung erfahren. Eine wesentliche Um-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gestaltung zeigt auch der Abschnitt über die Geschwülste des peripheren Nervensystems. Ein sehr ausführliches, gut eingeteiltes Verzeichnis der Literatur erleichtert die Orientierung über die verschiedenen Fragen aus der Lehre von den Geschwülsten des Nervensystems. Spielmeyer.

W. Uhthoff: Über das Sehen und über Sehstörungen in ihren Beziehungen zum Gehirn. Antrittsrede bei der Übernahme des Rektorats der Universität Breslau am 15. Okt. 1908. Jena, Gustav Fischer, 1908. Preis 0,60 M.

Es ist eine, dem rühmlichst bekannten Verfasser vorliegender Schrift ganz besonders eigene Kunst, die Knappheit des Ausdrucks mit klarer und erschöpfender Darstellung zu verbinden. Wenn, wie hier, eines der schwierigsten Kapitel der Medizin zudem auch Laien verständlich gemacht werden mußte, so verdient die Art und Weise, wie Uhthoff auf das glänzendste seine Aufgabe gelöst hat, rückhaltlose Anerkennung. Unter tunlichster Vermeidung theoretischer Erörterungen und Hypothesen gibt er, überall auf eigenen Erfahrungen und Beobachtungen fußend, ein lebendiges Bild der gegenwärtig feststehenden Tatsachen der Lehre vom Sehen und den Sehstörungen in ihren Beziehungen zum Gehirn. Aus kurzen geschichtlichen Rückblicken erhellt, welch gewaltigen Fortschritt die letzten 50 Jahre gebracht haben. Nach Besprechung der Bildentstehung auf der Netzhaut und den unter dem Einfluß des Lichtes in ihr sich vollziehenden anatomischen, chemischen und physikalischen Veränderungen, kommt Verfasser zu dem Hauptteil seiner Ausführungen, den optischen Leitungsbahnen und Zentren im Gehirn sowie ihren Störungen durch pathologische Zustände. Er erörtert den Verlauf der Sehbahnen und die Lage und Funktion der optischen Zentren. Neben dem Experiment am Tiere hat besonders das Studium einschlägiger Krankheitsfälle dahin geführt, daß jetzt die Lage des Sehzentrums an der inneren Fläche des Hinterhauptlappens in der Gegend der Fissura calcarina, des Cuneus und des Gyrus lingualis als gesichert gilt. An der Hand von Daten aus der Hirnpathologie, bes. Fällen von Rindenblindheit, Hemianopsie usw., werden die Einzelheiten dieses Zentrums besprochen. Die Frage, ob auch für das optische Erinnerungsfeld bestimmte Territorien in Anspruch genommen werden dürfen, wird in dem Sinne bejaht, daß dasselbe außerhalb des Sehzentrums in der Rinde des Hinterhauptlappens gesucht werden muß. Denn es gibt, wenn auch selten, eine isolierte Erkrankung der optischen Erinnerung. Ein derartiger von ihm selbst beobachteter Fall von reiner Seelenblindheit wird vom Verfasser mitgeteilt. Zum Schluß erfahren auch die Störungen der Assoziationsbahnen zwischen Sehzentrum und anderen corticalen Zentren eine Besprechung. Von Anfang bis zu Ende folgt man den Ausführungen mit lebhaftem Interesse und hohem Genuß. C. Brons (Dortmund).

Loewenfeld: Somnambulismus und Spiritismus. 2. Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1907. 71 S. 2 M.

Eine wesentliche Vermehrung hat die Loewenfeld'sche Schrift in ihrer zweiten Auflage besonders durch die Berücksichtigung der jüngst gemachten Untersuchungen über die physischen Phänomene der Mediumität erfahren. Eine große Rolle spielen dabei die Sitzungen, die mit dem Medium Eusapia Paladino angestellt wurden und an denen sich Professor Morselli in Genua beteiligt hat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die von Eusapia hervorgerufenen sog. Materialisationen (das Fühlbar- und z. T. auch Sichtbarwerden des Phantoms einer ganzen Person, sowie einzelner Körperteile usw.) haben nach Loewenfeld wie nach Morselli nichts mit dem Spiritismus zu schaffen; sie aber, da sie uns sonderbar und verblüffend erschienen, ins Land der Wunder und des Aberglaubens zu verweisen, hätten wir kein Recht. „Wir haben keine Veranlassung zu zweifeln, daß dieselben sich im Laufe der Zeit unter gewisse Naturgesetze rubrizieren, d. h. als die Wirkungen bestimmter psychischer, resp. psycho-physischer Kräfte nachweisen lassen werden." Die wissenschaftliche Beschäftigung mit den materiellen mediumistischen Erscheinungen und den sog. okkulten Phänomenen überhaupt werde das Gebiet des Spiritismus eindämmen, und was mystisch erschienen, werde sich in den Zusammenhang der Naturvorgänge einfügen lassen.

Die Frage nach der Möglichkeit einer „übersinnlichen Gedankenübertragung" beantwortet L. resümierend dahin: Die Möglichkeit einer geistigen Fernwirkung des einen Menschen auf andere ohne Vermittlung der uns bekannten Sinne sei nach den zurzeit vorliegenden Erfahrungen nicht abzuleugnen. Diese Fernwirkung erheische seitens des Beeinflussenden eine länger dauernde Anstrengung, nämlich Konzentration des Denkens auf diejenigen Bewußtseinselemente, welche dem zu Beeinflussenden mitgeteilt werden sollen, oder einen außergewöhnlichen Geisteszustand (Lebensgefahr usw.). Seitens des Perzipienten befördere allem Anscheine nach der hypnotische Zustand die Empfänglichkeit für telepathische Einwirkungen. Zwischen dem Agenten und dem Perzipienten müsse eine gewisse geistige Verbindung, Bekanntschaft oder Verwandtschaft bestehen. Bei diesen geistigen Fernwirkungen kann es sich nicht um die Fortpflanzung eines Vorganges im Bewußtsein des einen Individuums durch den Raum hindurch in das Bewußtsein eines anderen Individuums handeln; es müsse hier ein uns allerdings noch völlig unbekanntes, physisches Agens wirksam sein, das von den die Bewußtseinsakte begleitenden materiellen Vorgängen im Gehirne seinen Ausgang nehme. Entgegen den spiristischen Einwänden, daß das Gehirn nicht das Instrument für die telepathischen Leistungen sein könne, betont L., daß der „telepathische Vorgang nach seiner rein physikalischen Seite sein Analogon in der drahtlosen Telegraphie" habe; unser Gehirn sei zweifellos ein Apparat von unendlich feinerem und komplizierteren Bau als die Vorrichtung, durch welche bei der Marconi'schen Telegraphie die Aussendung und Aufnahme der Depeschen geschehe.

Spielmeyer.

Paul Maas: Die Sprache des Kindes und ihre Störungen. Würzburg 1909, Kabitsch. Preis M. 2,80.

Das Buch soll ein Leitfaden sein für Gebildete, speziell für Pädagogen. Es behandelt in acht Kapiteln das Wesentliche aus der Sprachheilkunde. Ob dem Laien die komplizierten physiologischen Probleme klar werden, mag fraglich sein. Der Arzt wird das kleine Buch gut brauchen können, insbesondere der Kinder- und Schularzt. Dem Fachmann fällt eine gewisse Inkongruenz in der Behandlung des Stoffes auf. Eingehend ist auf Grund der vorliegenden Literatur die Sprachentwicklung behandelt. Kursorisch die Anatomie und Physiologie der Sprachorgane. Hier fehlen z. B. ganz die pneumographischen Untersuchungen von Gutzmann über Synchronismus und Anachronismus von Bauch- und Brustatmung usw., die auch im Kapitel Stottern und Poltern nicht er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wähnt sind. Sollten aber diese Tatsachen um eines besseren Verständnisses von seiten des Laien willen fortgelassen sein, so erscheint andererseits unverständlich, weshalb den Behandlungsmethoden relativ viel Platz eingeräumt wird. Die Entstehung des Stotterns ist auf Grund der Gutzmann'schen Arbeiten dargestellt. Bei der Symptomatologie geht Verfasser besonders auch auf psychische Erscheinungen ein, die er auch bei der Behandlung ganz besonders berücksichtigt. Unverständlich war dem Referenten, daß M. anläßlich der Differentialdiagnose behauptet, bei Chorea treten auch unwillkürliche, schlecht koordinierte, zuckende Bewegungen auf. Diese Zuckungen haben im Gegenteil immer etwas auffallend Koordiniertes in ihrem Ablauf und erinnern daher so lebhaft an Ausdrucksbewegungen. Hinsichtlich der Behandlung des Stotterns benutzt Verfasser die Methoden von Gutzmann und Liebmann. Er hat mit beiden Erfolge erzielt, legt aber mehr Gewicht auf die psychische Beeinflussung durch Arzt und Milieu, als auf eine schematische Methodik. Dem Stammeln und der Taubstummheit sind eigene Kapitel gewidmet. Es fehlt der Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Taubstummheit und Sprachstörungen, auf die neuerdings Gutzmann, Mygind, Uchermann hingewiesen haben. Während M. sich über die Frage der sogenannten Hörübungen bei Taubstummen verbreitet, erwähnt er nicht die Verwendung des Spiegels beim Unterricht von taubstummen und sprachgestörten Kindern. Auch den Taubstummenblinden hätte des großen Interesses halber, das sie wohl überall finden, ein Abschnitt gewidmet werden können. Die Hörstummheit ist ausführlich dargestellt und am Schluß werden die Sprachstörungen schwerhöriger Kinder kurz skizziert, wobei ein Hinweis auf den prinzipiellen Unterschied zwischen Taubstummenunterricht und Absehunterricht für Schwerhörige am Platz gewesen wäre. Nadoleczny (München).

Paul Hartenberg: Psychologie des Neurasthéniques. Paris, Felix Alcan, 1908. 248 Seiten. Preis 3,50 fr.

Wer heute ein Buch über Neurasthenie schreibt, muß erst genau sagen, was er darunter versteht. Dies tut denn auch Hartenberg. Er definiert die Neurasthenie als die „maladie de la dépression mentale", deren Wesen ein „défaut de tension nerveuse", eine „diminution d'activité de la cellule nerveuse" ist. Sie ist eine Neurose mit noch unbekannter anatomischer und chemischer Grundlage. Das Primäre ist „le trouble d'activité cellulaire diffuse", liegt also auf somatischem Gebiet, im Unterschied von der Hysterie, die Hartenberg eine „névrose psychique" nennt. Von der Hysterie sagt er: „L'état physique est l'objectivation de l'état mental", von der Neurasthenie: „L'état mental est le reflet de l'état physique". Die Angstneurose wird als primär psychische Neurose („maladie primitive de l'émotivité") von der Neurasthenie getrennt; sie kann durch ihre seelischen Qualen sekundär neurasthenisch machen. In der Psychasthenie Janet's sieht Hartenberg „un défaut constitutionel du cerveau", eine „Neurasthénie des dégénérés". Die Melancholie und die Hypochondrie trennt er als echte Psychosen mit Wahnbildungen (idées fausses, délires) von der Neurose und Neurasthenie.

Man sieht, im ganzen kaum etwas Neues in den systematischen Darlegungen! In dem ätiologischen Kapitel findet sich manches Unbefriedigende; H. nennt sehr viele Ursachen der Neurasthenie, exogene und endogene; er unterscheidet eine konstitutionelle von einer erworbenen Form; auch die progressive Paralyse ist

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihm im Beginn eine Neurasthenie, ebenso machen viele Vergiftungen (Blei, Diabetes usw.) neurasthenisch. Alle diese ätiologisch verschiedenen Formen sind klinisch identisch; es gibt für das Nervensystem nur eine Art „d'être déprimé". Die Prognose der Krankheit ist an sich günstig. Ein Übergang in Geisteskrankheit gehört nicht zum Bild der Neurasthenie. Die höheren psychischen Funktionen bleiben intakt, doch können Psychosen als „Komplikation" hinzukommen.

Wichtiger als diese theoretisch gehaltenen Allgemeinausführungen ist das symptomatologische Detail des Buches. Freilich herrscht auch hier ein Schematismus, der manchmal zu fragwürdigen Behauptungen führt. H. beginnt mit einer Schilderung der somatischen Zeichen der Neurasthenie: Muskelschwäche, Abnahme des Muskeltonus, rasche Erschöpfung und langsame Erholung der Muskelkraft (Ergograph! Handschrift!), Atonie des Magendarmkanals (Dyspepsie, Magenerweiterung, verlangsamte Magenperistaltik, verminderte Magensaftsekretion, Stuhlverstopfung, Gastroenteroptosis), Herabsetzung des Blutdrucks (Hypotension vasculaire, schwache Herztätigkeit, langsamer kleiner Puls), die nur bei den toxischen Formen (Alkohol, Gicht, Arteriosklerose) einer Drucksteigerung Platz macht; ferner Verminderung der Drüsensekretion (Schweiß, Speichel, Magensaft, Sperma, Synovialflüssigkeit der Gelenke), Abnahme des allgemeinen Ernährungszustandes, sexuelle Impotenz bzw. unvollständige Erektionen und vorzeitige Ejakulation; weiterhin Kopfschmerzen dumpfer vager Art, abnorme Empfindungen im Kopfinnern und um den Kopf herum (casque neurasthénique), die bei geistiger Arbeit zunehmen, Schlaflosigkeit bzw. Schlafsucht. Als episodische körperliche Reizerscheinungen werden aufgeführt: Herzklopfen, Tachycardie, Selbstwahrnehmung des Pulses an verschiedenen Köperteilen, vasomotorische Symptome, Angina pectoris; ferner „Crises" von Speichelfluß, Schweißausbruch, Durchfall, Tremor, Muskelunruhe, Pollutionen. Kurz erwähnt werden noch Ohrensausen, Schwindel, Schmerzpunkte am Körper.

Ausführlicher ist die Schilderung der psychischen Symptome; sie bildet den Hauptinhalt des Buches und enthält manche gute und feine Beobachtung in anschaulicher Darstellung. H. bildet vier Kategorien von Symptomen:

1. Stigmates affectives,
2. Diminution des fonctions cérébrales,
3. Troubles volontaires,
4. Complications psychiques.

Im speziellen Teil des Buches werden diese psychischen Symptome im einzelnen analysiert. Hier steht an erster Stelle die Müdigkeit (fatigue), die Hartenberg als Selbstwahrnehmung der Muskelschwäche bezeichnet. Die körperliche Müdigkeit kann mit förmlichen Schmerzen einhergehen (z. B. Rachialgie, in der schon Charcot ein Stigma der Neurasthenie sah). Die Müdigkeit kann sich bis zur Lähmung und Bettsucht steigern. Die Tageszeit ist von Einfluß; in leichteren Fällen pflegen die Kranken zwar morgens frisch zu sein, aber bald müde zu werden. Bei mittlerer Stärke der Symptome fühlen sich die Kranken namentlich morgens müde und unfähig, werden im Laufe des Tages munterer und sind abends am leistungsfähigsten. In den schwersten Fällen besteht dauernde unüberwindbare Müdigkeit. Die Unlust zu jeder körperlichen Betätigung kann sich bis zum Lebensüberdruß steigern. Hartenberg nennt die Neurasthenie geradezu „maladie de la fatigue" und sagt: „S'il y a fatigue,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

il y a neurasthénie, s'il n'y a pas fatigue, il n'y a pas neurasthénie". Die traurige Verstimmung ist der seelische Grundzug des Neurasthenikers, der zwar wohl vorübergehend in heiterer Gesellschaft heiter werden kann, aber immer bald wieder in Depression versinkt. Neigung zum Weinen, trübselige Auffassung der Außenwelt, Hoffnungslosigkeit, Sehnsucht nach Ruhe, Pessimismus und Misanthropie, Gefühl der inneren Leere und Apathie, Langeweile, Angst vor dem Alleinsein mit den eigenen Gedanken, Sehnsucht nach einem unbestimmten Unbekannten, Lebensüberdruß und Selbstmordgedanken werden als Begleiterscheinungen der traurigen Verstimmung anschaulich geschildert, wobei der Verfasser pessimistische Schriftsteller und Dichter (Maupassant, Leopardi, J. J. Rousseau, Byron, Chateaubriand, Baudelaire, Musset, Flaubert) zu Worte kommen läßt, deren packende Schilderung ihres eigenen Seelenzustandes in der Tat von großem Interesse ist. Bei der Darstellung der pathologisch gesteigerten Gemütserregbarkeit des Neurasthenikers unterscheidet H. vier Unterformen:

1. die Ängstlichkeit, motivlose innere Unruhe und Entschlußunfähigkeit, den Mangel an innerer Selbstsicherheit, die Furcht vor Krankheit und Gefahr, die Angst vor der Zukunft, die affektive Haltlosigkeit,

2. die gesteigerte Empfindlichkeit für seelische Schmerzen, die in allen Lebenserfahrungen nur das Leidvolle herausfühlen läßt,

3. die gesteigerte Reizbarkeit und Mißlaunigkeit, die zornmütige, ungeduldige, mit sich und der Welt unzufriedene Stimmung, die durch Kleinigkeiten empört wird,

4. die nervöse Erregtheit mit allgemeiner Bewegungsunruhe auf motorischem Gebiet, wobei meist rascher Stimmungswechsel besteht.

Alle diese Symptome der pathologischen Gemütserregbarkeit sind nach H. die Folgen der neurasthenischen Abschwächung der Nervenfunktionen, entstehen durch den Wegfall der höheren psychischen Hemmungen (Selbstbeherrschung) und sind instinktive Abwehrreaktionen des Organismus, die deutlicher hervortreten, wenn die vitale Energie des Menschen herabgesetzt ist. Sie sind also im Grunde keine Reiz-, sondern Ausfallserscheinungen.

Als „asthénie psychique" bezeichnet H. eine pathologische Abnahme der höchsten psychischen Leistungen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Urteilskraft, Selbstbewußtsein); er betont, daß es sich bei der Neurasthenie nie um qualitative, sondern nur um quantitative Störungen handle. Der Neurastheniker zeigt „des insuffisances". Seine Sinneswahrnehmungen sind weniger klar und scharf, das Wirklichkeitsgefühl (sentiment du réel) ist abgeschwächt; er sieht alles wie verschleiert, wie im Nebel, hört die Stimmen seiner Umgebung, als ob sie aus weiter Ferne kommen. Alles erscheint ihm fremdartig, unbekannt. Der eigene Körper wird wie abgestorben, wie gar nicht zum Ich zugehörig empfunden (sentiment de dépersonnalisation). Selbst das eigene Ich kann dem Kranken fremd vorkommen, das Persönlichkeitsbewußtsein kann sich spalten, es kommt zu dem Gefühl, alles schon einmal gesehen und erlebt zu haben. Die Aufmerksamkeit erlahmt rasch; es stellen sich bei ihrer Anspannung Kopfschmerzen ein. H. behauptet, diese Abnahme der Aufmerksamkeit sei nicht immer eine generelle, sondern könne sich nur auf einzelnes (Berufsarbeit) beschränken (fatigue élective de certains cellules); ich glaube ihm diese Behauptung nicht. Manchmal versagt die produktive Phantasie. Zerstreutheit, Vergeßlichkeit, Unsicherheit beim Denken und Schließen, traumartige Veränderung des ganzen Bewußtseins kommen vor. Bei den Willensstörungen der Neurastheniker unterscheidet H. eine „insuffisance

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

d'impulsion" aus Langeweile und Apathie, die sich bis zur „abulie contemplative" steigern kann, eine „insuffisance d'élaboration et de décision" (Unentschlossenheit, ein von Zweifeln und Skrupeln Hin- und Hergerissenwerden) und endlich eine „insuffisance d'exécution" (Schwächlichkeit bei der Ausführung des Gewollten infolge Müdigkeit, Zweifelsucht, Furchtsamkeit, Mangel an Selbstvertrauen, Angsthemmungen).

Unter den psychischen Komplikationen der Neurasthenie führt der Verfasser zunächst die Zwangsvorgänge auf, die bei reiner Neurasthenie nie vorkommen, sondern Symptome konstitutioneller Art, Entartungserscheinungen darstellen (Phobien aller Art, namentlich Ereuthopobie, Folie du doute, Maladie du Scrupule, Zwangsvorstellungen, Abulie, Zwangsimpulse, Tics, sexuelle Perversionen, Obsessions mit Angst); ferner bezeichnet er als Komplikationen die Hysterie, Hypochondrie, Melancholie.

Im Anschluß an diese Darstellung des symptomatologischen Details gibt H. noch einige interessante allgemeine Ausführungen. Die wichtigsten psychischen Symptome sind ihm die affektiven Störungen, von denen die Anomalien des Willens abhängen; die „asthénie psychique", d. h. die intellektuellen Schädigungen, sind weniger bedeutungsvoll. Natürlich bestehen große persönliche Verschiedenheiten in der Ausprägung und Kombination der einzelnen Symptome. Die Neurasthenie „verstärkt alle abnormen oder krankhaften Tendenzen des Charakters". Außerdem sind auch Erziehung und kulturelles Milieu, Lebensalter, Geschlecht, Tageszeit, Witterung, Nahrungsaufnahme, äußere Anregungen, körperliche Leistungen, seelische Aufmunterungen von Einfluß auf die jeweilige Gestaltung des klinischen Bildes. Die Schädlichkeit von Stimulantien wird betont.

Hartenberg versucht die verschiedenen klinischen Bilder der Neurasthenie je nach der Art des vorherrschenden Affektes in verschiedene Formen einzuteilen. Er unterscheidet 1. eine depressive Form, 2. den ängstlichen Neurastheniker, 3. den erregten, in seiner Stimmung rasch schwankenden Kranken, 4. die reizbare Form der Neurasthenie, von der er merkwürdigerweise behauptet, daß sie selten sei, 5. den weichmütig resignierten, hypersensitiven, zum Weinen geneigten Neurastheniker. Er gibt zu, daß sich diese Formen miteinander kombinieren können.

In einem weiteren Abschnitt schildert der Verfasser die Abwehrmaßregeln, die der Neurastheniker trifft, um sein Leiden zu beseitigen bzw. sich mit ihm abzufinden. Er schildert die Heilversuche der Kranken, ihre Vorliebe für Kurpfuscher, Allheilmittel der Zeitungsreklame, ihre Unfolgsamkeit gegen ärztliche Ratschläge, ihren Mangel an Ausdauer bei jeder ärztlichen Kur. Hier finden wir nun die überraschende und skeptisch stimmende Mitteilung H.'s, er habe eine rasch wirkende Heilmethode für die Neurasthenie gefunden, bei der es weder der Berufsaufgabe noch der Geduld bedürfe, und mit der er in 1 bis 2 Wochen die Neurasthenie heile, falls nicht schwere Belastung bestehe. Er kündigt ein Buch an: „Traitement des neurasthéniques". Er beschreibt weiterhin unter den Abwehrmaßregeln die Kräfteökonomie, d. h. die Einschränkung auf das nötigste an Kräfteausgaben, um im Leben durchzukommen, ferner die freiwillige Isolierung, das Sichzurückziehen vom Leben. Das Aufsuchen von Anregungen und Zerstreuungen, die Vorliebe für stimulierende Gifte (Tee, Alkohol, Morphium, Äther), für das Hazardspiel, für das Leben in der Gesellschaft, verurteilt der Verfasser; er sieht in dem Bestreben des Kranken, sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

selbst zu entfliehen, nur einen vermehrten Kraftverbrauch. Auch Kaltwasserkuren, Reizmittel, wie Kola, tonische Weine, werden als schädlich bezeichnet. Dagegen betont er die Wichtigkeit guter Ernährung und frischer Luft und lobt den Automobilsport als besonders zuträglich. Als die letzte Form einer Abwehrmaßregel gegen die Krankheit nennt H. den Selbstmord infolge Abnahme des Lebenstriebes und aus dem Bestreben heraus, mit all dem Jammer der Krankheit ein Ende zu machen. In schwerer Verstimmung erscheint der Tod als Erlösung und Befreiung. Mit Recht weist der Verfasser darauf hin, daß der Kranke sich zwar häufig mit Selbstmordgedanken trage, aber im Unterschied zum Geisteskranken nur selten zur Tat schreite.

Differentialdiagnostische Ausführungen, deren Hauptinhalt ich oben zu Beginn meines Referates wiedergegeben habe, beschließen das Buch, das neben manchem Interessanten doch auch große Mängel aufweist. Nur einige seien genannt: die Bezeichnung toxischer Zustände, der beginnenden Paralyse, der arteriosklerotischen Hirnerkrankung als Neurasthenie erscheint unzulässig und die Abgrenzung von der leichten psychotischen Depression und von der Cyclothymie geschieht viel zu oberflächlich, die Identifizierung von Müdigkeit und Ermüdung erschwert dem Verfasser die klare Sonderung der Erschöpfungskrankheit Neurasthenie von der konstitutionellen Nervosität und Psychopathie. Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

Psychiatrie.

C. Wickel: Das Bewahrungshaus.

(Psych.-neurolog. Wochenschr. X, Nr. 37.)

Wickel schlägt vor, für geisteskranke Verbrecher (Degenerierte, Verrückte) solange sie gefährlich sind, aus- und einbruchssichere Bewahrungshäuser zu bauen; sie sollen aus mehreren Abteilungen bestehen (Gruppen von 10—12 Personen); für jeden Kranken muß ein festes Einzelzimmer vorgesehen sein. Außerdem zwei kleine Wachsäle für vier Kranke, Arbeitsgelegenheiten, zahlreiche Pfleger (1 : 2 bis 1 : 3). Das Bewahrungshaus soll 40—50 Personen beherbergen, etwa 200000 Mark kosten, einer großen Irrenanstalt angegliedert werden. Die im Bewahrungshaus verbrachte Zeit soll auf die Strafzeit angerechnet werden. Erst nach abgelaufener Strafzeit sollen die Kranken in die Landesirrenheilanstalt aufgenommen werden. Die von Wickel erhobenen Forderungen sind zum Teil schon erfüllt (vgl. die württembergische Abteilung für geisteskranke Verbrecher auf dem Asperg, die freilich einem Zuchthause, nicht einer Irrenanstalt angegliedert ist, aber sonst so eingerichtet ist, wie Wickel verlangt).

Gaupp.

Bircher (Basel): Zur Pathogenese der kretinischen Degeneration.

(Med. Klinik 1908, Beiheft 6.)

In der umfangreichen interessanten Monographie weist B. zunächst die enormen sozialen und nationalökonomischen Schädigungen durch kretinische De-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

generation der Bevölkerung in den davon endemisch beherrschten Ländern, vor allem in der Schweiz, nach. Unter den Begriff der kretinischen Degeneration fallen endemischer Kropf, endemische Taubstummheit und Kretinismus. Sie stehen nicht in Kausalnexus untereinander, sondern sind Folgen einer einheitlichen Ursache. Diese aber muß in einem organischen Miasma gesucht werden, welches an gewissen massiven Ablagerungen der Erdrinde haftet und im Trinkwasser in den menschlichen Körper gelangt. Die kretinische Degeneration ist eine endemische chronische Infektionskrankheit, die nur durch Ausschaltung des infektiösen Trinkwassers beseitigt werden kann. Liebetrau (Hagen i. W.)

E. Forster (Berlin): Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie: Über die körperlichen Strafen in der Schule.
(Berliner klin. Wochenschr. 1908, Nr. 34.)

Verfasser stellt fest, daß in den Schulen auf die Eigenart der nervösen Kinder zwar mehr und mehr Rücksicht genommen werde, daß aber trotzdem gelegentlich Züchtigungen nervöser Kinder vorkommen. Bei der Lehrerschaft zeigt sich viel Interesse für die nervösen Zustände im Kindesalter. Einzelne Lehrer, die die Aufmerksamkeit der Kinder auf die nervösen Erscheinungen lenken, können durch falsch angebrachten Eifer allerdings auch Schaden stiften.
Abraham.

G. Büttner: Die schwachbegabten Kinder auf dem Lande.
(Der Kinderarzt 1908, Nr. 4.)

Der Verfasser empfiehlt die Unterbringung aller schwachsinnigen Schulkinder eines Kreises in einer Kreishilfsschule, ev. sollten mehrere Kreise sich zur Errichtung einer solchen zusammentun. Hier und da könnte sie auch an bestehende Idiotenanstalten angegliedert werden. Kutner (Breslau).

Anatomie und Physiologie des Nervensystems.

L. Merzbacher: Ein einfaches Verfahren zur Darstellung von Gliastrukturen.
(Journal für Psychologie und Neurologie. Bd. XII, 1908, Leipzig.)

Kurze Fixierung in 10 % Formol. Gefrierschnitte. Auffangen in Wasser. Fünf Min. im Laugenbad (Alkohol absolut. 70,0, 10 % Natronlauge 20,0, Aqua dest. 10,0), Wasser. Färben in wässeriger konzentrierter Lösung von Viktoriablau (kein Erwärmen, 24 Stunden lang in der Farbe). Abspülen in Wasser. Auffangen auf Objektträger, Abtrocknen, Andrücken. Auftropfen von Jodjodkalilösung. Nach halber Minute erneutes Trocknen und Andrücken. Vorsichtiges Differenzieren mit Anilinxylol (1 : 1). Auswaschen mit Xylol. Canadabalsam.

Verfasser konnte mit diesem einfachen Verfahren, das übrigens auch an Schnitten, die von eingebetteten Blöcken stammen, erfolgreich angewendet wurde, die verschiedenen gliösen Bestandteile anschaulich färben. Leider bleichen die Präparate bald ab. Auch Ref. erhielt gute Bilder. G. Ilberg.

Arthur Knick: Über die Histologie der sekundären Degeneration im Rückenmark.
(Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. XII, 1908. Leipzig.)

Eine Übersicht über die wichtigsten einschlägigen Arbeiten ergibt ziemlich übereinstimmend, daß bei experimentell erzeugten sekundären Degenerationen im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Rückenmark die ersten Zerfallserscheinungen an den Nervenfasern, speziell an den Achsenzylindern auftreten, und daß die reaktive Vermehrung des Stützgewebes, die schließlich zur Sklerose führt, geringfügig ist und erst spät einsetzt. Das häufigere Vorkommen von Körnchenzellen wird für die experimentell erzeugten Degenerationen übereinstimmend geleugnet. Die Angaben über den Verlauf der sekundären Degeneration beim Menschen stimmen dagegen nicht völlig überein; einige Forscher behaupten eine stärkere Beteiligung der Körnchenzellen, andere stellen dies in Abrede.

Verfasser hat nun an der Hand eigener histologischer Untersuchungen vor allem das Schicksal der Zerfallsprodukte der Nervenfasern bei experimentell erzeugten sekundären Degenerationen des Rückenmarks von Kaninchen verfolgt und untersucht, in welche Beziehungen die wuchernden Gliazellen zu diesen Zerfallsprodukten treten, inwieweit sie sich aktiv an der Resorption beteiligen und von welchen Elementen die spärlichen, von verschiedenen Autoren beobachteten Körnchenzellen herzuleiten sind. Außerdem hat sich Verfasser mit der Histologie der sekundären Degeneration beim Menschen beschäftigt und sie mit den Befunden bei experimentell erzeugter Degeneration verglichen.

Es ergab sich folgendes: Überall, wo Zerfallsprodukte liegen, umwuchert das Protoplasma der Glia die Nervenfaserreste und schickt gegen sie besonders geartete (Gitter-) Zellen vor, welche die groben Brocken an Ort und Stelle zerkleinern und verarbeiten, oder welche sich teilweise aus dem Gliaverbande ablösen und mit den aufgenommenen Tröpfchen und Brocken in die Lymphscheiden der Gefäße wandern. Im Unterschied zum Versuchstier (Kaninchen) spielt beim Menschen diese letzte Art der Fortschaffung von Zerfallstrümmern eine weitaus größere Rolle. Jedenfalls ersetzt die Glia nicht nur den durch den Zerfall entstandenen Defekt durch zellige und faserige Wucherung, sondern sie beteiligt sich auch aktiv an der Beseitigung der Zerfallsreste durch Bildung von Gitterzellen. — Die Abhandlung Knick's, der eine wohlgelungene farbige Tafel beigegeben ist, ist die von der medizinischen Fakultät der Universität Breslau gekrönte Bearbeitung einer Preisaufgabe. G. Ilberg.

Kudlek (Köln): Physiologie des Gyrus supramarginalis.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 17.)

Infolge einer Operationsverletzung der genannten Gegend etwa drei Wochen lang Störung des stereognostischen Sinns und des Muskelgefühls in Unterarm und Hand der anderen Seite. Ein gleicher Fall der amerikanischen Literatur wird erwähnt. Müller (Dösen).

M. Reichardt: Die Methode der Kopfmessung am lebenden Menschen nach Professor Rieger.

(Zeitschr. f. die Behandlung Schwachsinniger, 1908, Nr. 7 u. 8.)

Eingehende Darstellung der Rieger'schen Cephalometrie, wie sie jetzt in der Würzburger psychiatrischen Klinik geübt wird. (Vgl. den Aufsatz von Beck in der Zeitschr. f. Morphologie und Anthropologie, Band 10, 1906.) Gaupp.

M. Reichardt: Über die Hirnmaterie.

(Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie, XXIV, Heft 4.)

Vgl. den Eigenbericht des Verfassers in diesem Zentralblatt 1908, S. 757. Gaupp.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Paul Flechsig: Bemerkungen über die Hörsphäre des menschlichen Gehirns.

(Neurol. Zentralblatt 1908, S. 2—7 und 50—57.)

Der auf der Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen, 26. Oktober 1907, gehaltene Vortrag ist bereits unter den Vereinsberichten in diesem Zentralbl., Jahrg. 1907, S. 947, referiert. Hoppe (Königsberg).

A. Lourié: Über Reizungen des Kleinhirns.

(Neurol. Zentralblatt 1907, S. 652—662.)

Die Nachprüfung der Untersuchungen Nothnagels, der das Kleinhirn von Kaninchen mechanisch reizte, indem er eine Nadel zwischen Furche und Hemisphäre einstach, ergab die Bestätigung seiner Resultate (Drehen des Kopfes und der Wirbelsäule konträr nach der entgegengesetzten Seite). Dagegen konnten zahlreiche Versuche mit elektrischer Reizung des Kleinhirns an Hunden, Katzen und Kaninchen die Behauptung von Adamkiewitz und Pruß, daß im Kleinhirn abgegrenzte Zentren für die Muskulatur des Stammes vorhanden seien, nicht bestätigen. L. hat bei allen Tieren einen nur verhältnismäßig kleinen Teil des Kleinhirns gereizt und trotzdem Bewegungen in fast sämtlichen Muskelgruppen des Körpers erhalten. Gegen die Annahme bestimmter Zentren im Kleinhirn spricht auch noch der Umstand, daß Reizung eines bestimmten Punktes mit stärkeren Strömen nicht eine größere Intensität, sondern eine Ausbreitung der Bewegungen auf andere Muskelgruppen hervorruft. Die Prüfung mit den Ewald'schen Knopfversuchen ergab im Widerspruch zu den Angaben Lewandowsky's, daß durch Reizung links bald Muskelgruppen der linken, bald der rechten Körperhälfte erregt wurden. Auch die Angaben Ferriers, daß man von bestimmten Punkten des Kleinhirns aus Augenbewegungen erhalten könne, konnte L. nicht bestätigen, indem die Resultate bei Reizung derselben Stelle nicht immer die gleichen waren. Hoppe (Königsberg).

Therapeutisches.

A. Forel: Zum heutigen Stand der Psychotherapie. Ein Vorschlag.

(Journ. f. Psychologie Band, XI, Leipzig 1908.)

Die Psychotherapie benutzt die natürliche Nervenwelle (das Neurokym), um Heilwirkungen zu erzielen. Der Begriff des Neurokyms wird im Sinne aller und jeder Nerventätigkeit vom peripheren Sinnesorgan bis zum Gehirn, der Tätigkeit der Nervenelemente in- und außerhalb des Gehirns genommen mit ihren den Muskeln mitgeteilten Wellenreizen, mit ihren Rückwirkungen auf niedere Ganglienzentren, wie z. B. das sympathische Nervensystem. Diese Nerventätigkeit kann auf mannigfaltige Weise, durch die Sprache, durch Sinnesreize, durch Symbole, die die Phantasie und das Gefühl erregen, in Bewegung gesetzt werden. Nicht nur oberbewußte Vorgänge benutzt die Psychotherapie, sondern auch alle unterbewußten Nerventätigkeiten. Der Name Psychotherapie wäre daher besser durch den Namen Neurotherapie zu ersetzen. Ohnmächtig ist diese Behandlungsmethode natürlich gegen alle organischen Prozesse, sie umfaßt aber sämtliche Störungen, die von einer Störung der reinen Nerventätigkeit abhängen, wie z. B. Dysmenorrhoe, Obstipation, viele Verdauungsstörungen, Enuresis nocturna et diurna, Schlaflosigkeit, Cephalalgie.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verfasser regt nun an, daß sich alle ärztlich gebildeten Therapeuten der gedachten Richtung zu einem internationalen Verein zusammenschließen, um der Ausnutzung des Publikums durch Charlatane, Heilmagnetiseure, Gebetsheilkünstler usw. wirksam entgegenzuarbeiten. G. Ilberg.

Max Levy-Suhl: Über ein leicht anwendbares Hilfsmittel bei der Einleitung der Hypnose.

(Journal für Psychologie u. Neurologie, 12. Band, 1908, Leipzig.)

Um schwer hypnotisierbare Patienten leichter in Hypnose zu versetzen, hat Verfasser mit gutem Erfolg die den Laien meist unbekannte Erscheinung des farbigen Simultankontrastes verwandt. Er läßt hierbei den Patienten auf ein kleines Streifchen graues Papier blicken, das auf ein lebhaft grünes oder blaues Glas geklebt ist. Nach wenigen Sekunden zeigt sich die Kontrastfarbe an den Rändern des grauen Streifens, um sich bald über den ganzen Sreifen auszubreiten und an Intensität von Sekunde zu Sekunde zuzunehmen. Die bestimmte Voraussage dieses für den Laien überraschenden Vorganges wurde zunächst zwar oft ungläubig aufgenommen, sicherte aber darnach um so größere Autorität und leichte Annahme weiterer Suggestionen. G. Ilberg.

Thoms (Berlin): Über die modernen Schlafmittel im Hinblick auf die Beziehungen zwischen ihrem chemischen Aufbau und ihrer Wirkung.

Ziehen: Chemische Schlafmittel bei Nervenkrankheiten (klinisch).

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 14.)

Referate aus dem Berliner Verein für innere Medizin.

Thoms mahnt, den Zusammenhang zwischen chemischer Konstruktion und therapeutischer Wirkung zu beachten, erwähnt die neueren Theorien und geht drei Gruppen der wichtigsten Schlafmittel durch: halogenhaltige, Mittel mit Alkylgruppen, Aldehyde und Ketone.

Ziehen macht auf die Ursachen und besonderen Formen der Schlaflosigkeit aufmerksam und bespricht etwa die gleichen Mittel, wie Thoms, in bezug auf Wirkungsart und Anwendungsweise bei Nervenkrankheiten. Auf die Wichtigkeit des Wechselns und Kombinierens der Mittel wird besonders hingewiesen. Müller (Dösen).

Hunck (Berlin): Klinisch therapeutische Versuche mit Medinal.

(Medizin. Klinik 1908, Nr. 48.)

Die Nebenwirkungen des schnell in die neurologisch-psychiatrische Therapie eingeführten Veronals rechtfertigen das Bestreben nach einem gleich gut wirkenden Mittel ohne stärkere Nebenerscheinungen. Schering (Berlin) stellte das Mononatriumsalz der Diäthylarbitursäure her, das gegenüber dem Veronal den Vorzug leichter Löslichkeit besitzt. Da es subkutan angewendet werden kann, wäre es eventuell zum Ersatz des Hyoscins bei Erregungszuständen brauchbar. Die in dieser Richtung von M. auf der Ziehen'schen Klinik angestellten Versuche haben aber leider ein negatives Resultat gehabt. Denn selbst Dosen von 1 g (in 10—20%iger Lösung) zeigten niemals den Effekt der Hyoscins, und zwar bei Exzitationen auf verschiedenartigster Basis (Delirium, Paranoia, Dementia praecox). Auch schlafmachend wirkte es oft erst nach mehreren

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stunden. Die Injektionen größerer Flüssigkeitsmengen (z. B. 5 ccm) war den Patienten sehr unangenehm, teilweise von Abszessen gefolgt. Durch die Versuche hat sich das Medinal — auch per os genommen hatte es keine andere Wirkung — nicht zum Ersatz des Hyoscins oder auch nur des Veronals geeignet erwiesen. Liebetrau (Hagen i. W.).

Zweig (Königsberg): Versuche mit Tiodin und Atoxyl bei metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 11.)

Bei Tabes und Paralyse wurden durch intramuskuläre Injektionen des 1907 von Weiß empfohlenen Tiodin nach wenigen Tagen die subjektiven Beschwerden auf Monate gebessert, dagegen nicht die objektiven Krankheitszeichen. Auch bei jodintoleranten Kranken keine störenden Begleiterscheinungen. Nach Atoxylinjektionen sind zuweilen subjektive und objektive Besserungen, freilich auch manchmal unangenehme Nebenwirkungen beobachtet worden. Weitere Versuche werden empfohlen. Müller (Dösen).

V. Vermischtes.

Im Verlag von J. F. Lehmann (München) erscheint eine neue Zeitschrift: Monatsschrift für die physikalisch-diätetischen Heilmethoden in der ärztlichen Praxis. Diese Zeitschrift ist die Fortsetzung der von Winternitz 1891 gegründeten „Blätter für klinische Hydrotherapie". Die Herausgeber sind Julian Marcuse (Partenkirchen-München) und Alois Strasser (Wien). Das Januarheft liegt in der Stärke von vier Bogen vor. Es enthält Originalabhandlungen, Referate, Bücherbesprechungen und Mitteilungen über Kongresse u. a. Ein Fragekasten soll Anlaß zu therapeutischem Meinungsaustausch geben. Die Ausstattung der Zeitschrift ist gut. Preis 12 M. für den Jahrgang. G.

W. Weygandt hat in der „Sammlung Göschen" ein kleines Bändchen „Forensische Psychiatrie" erscheinen lassen, das gewiß vielen Praktikern willkommen sein wird. Der erste Teil, der bis jetzt erschienen ist, enthält auf 144 Seiten in Kürze alles für den Psychiater als Gutachter Wichtige aus der Strafgesetzgebung, der Strafprozeßordnung und aus der Zivilgesetzgebung. Ein Verzeichnis der erwähnten Gesetzesparagraphen und ein Register erleichtern den Gebrauch des Büchleins. G.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Erstes Märzheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

(Aus der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen.)

Über periodischen Mutacismus beim Reihensprechen.

Von **Dr. A. Knauer,** früherem Assistenten der Klinik.

Bleuler und Heilbronner haben zuerst hervorgehoben, daß die Schädigung der Sprachzentren oft noch die Produktion eingeübter Reihen gestattet, wenn die übrige Spontansprache vernichtet ist. Die umgekehrte Erscheinung, daß jemand die Fähigkeit zum Reihensprechen verloren hat, während alle anderen sprachlichen Reaktionen erfolgen, ist meines Wissens bisher nicht beschrieben worden und wäre ja auch kaum denkbar. Der im folgenden beschriebene Fall zeigt indessen dieses überraschende Phänomen — allerdings, wie ich gleich vorwegnehmen will, nur scheinbar.

Es handelte sich um eine 39jährige Frau Sch. aus M., die in den letzten zehn Jahren siebenmal wegen schwerer, teils manischer, teils depressiver Anfälle in der Landesanstalt zu H. gewesen war. Seit einigen Wochen wieder depressiv. Zu der Zeit, in der die Kranke die merkwürdige Erscheinung bot, war sie außerordentlich stark gehemmt. Sie lag meist bewegungslos, in einer stuporösen Verfassung. Die Haut war fahlgrau, ohne jeden Turgor, die Ausdruckslinien des Gesichts waren verstrichen. Keine aktiven Muskelspannungen, keine motorischen Iterativerscheinungen, keine abnormen Haltungen, keine neurologischen Störungen. Sie mußte regelmäßig gefüttert werden, ließ Kot und Urin unter sich gehen. Auffällig waren die Augen. Sie schweiften langsam, unaufhörlich umher, groß, fragend, verwundert. Andere spontane Ausdrucksbewegungen fehlten im allgemeinen. Nur wenn im Saal irgendeine komische Äußerung fiel, oder eine katatonische Kranke in verschrobener Haltung an ihrem Bette vorbeipassierte, brach sie plötzlich, explosionsartig in ein lautes, kurzes Gelächter aus.

Spontan sprach die Sch. überhaupt nicht. Es bestand ein initiativer Mutacismus im Sinne Wernicke's. Nur wenn sie gefragt wurde, antwortete sie zögernd, langsam, monoton, leise, aber gut verständlich und stets formal und inhaltlich korrekt, auch dann, wenn die Antworten längere Sätze, selbst mehrere Sätze bildeten. Der begleitende Gesichtsausdruck verriet größte Anstrengung, oft auch Unwillen über die vielen Fragen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sie antwortete aber immer, löste sogar sämtliche Aufgaben des Sommerschen Rechenbogens mit wenigen Ausnahmen richtig.

Ganz anders verhielt sie sich dagegen, wenn erlernte Reihen von ihr verlangt wurden. Statt des Ausdrucks der Anstrengung und des Unmutes nahm sie eigentümlich freie, fast heitere Mienen an, blickte versunken in die Ferne oder zur Decke. Man hätte sie für eine stille Beterin halten können. Die sorgfältigste Inspektion des Gesichtes und der Atemorgane ließ nicht die geringste Ausdrucksbewegung des Sprechens erkennen. Die Kranke blieb auf derartige Aufgaben in der Regel vollständig stumm. Der versunkene Gesichtsausdruck wurde eine Weile unverändert beibehalten, und zwar so lange, wie das Hersagen der Reihe im Tempo der normalen Rede eines Gesunden ungefähr gedauert hätte. Dann verschwand er mit einem Male und die Kranke nahm wieder ihre gewöhnliche ausdruckslose Haltung an. Erinnerte man sie nun daran, daß sie die Aufgabe doch noch nicht gelöst habe, so erklärte sie ganz erstaunt: „Ich hab's ja eben gesagt", und wurde ungehalten, wenn man das bestritt. In einzelnen Fällen, und zwar dann, wenn solche eingeübten Reihen verlangt wurden die aus einzelnen untereinander gleichwertigen Gliedern bestehen, z. B. Zählen, Hersagen von Monatsnamen u. a., zeigte sie oft eine eigentümliche Mischung von sprachlicher Reaktion und Mutacismus. Sie nannte einige aufeinanderfolgende Glieder, schwieg dann plötzlich, fuhr eben so plötzlich nach einer Weile fort mit Gliedern, die erst viel später an der Reihe waren, schwieg auf einmal wieder, fuhr nach einer weiteren Weile unter Überschlagen einer Anzahl Zwischenglieder an einer späteren Stelle fort usw. Verfolgte man wieder die Kranke in der Weise, daß man im Tempo einer normalen Produktion die Reihe selbst gleichzeitig vor sich hinsprach, so war sehr deutlich, daß die mutacistischen Pausen gerade so lang waren, wie das Hersagen der überschlagenen Zwischenglieder erfordert hätte. Der Gesichtsausdruck der Anstrengung trat auch beim wirklichen Sprechen der Reihenglieder auf, während die mutacistischen Pausen freie Mienen aufwiesen. Auch war das Tempo der produzierten Glieder zwar etwas rascher als bei den anderen sprachlichen Reaktionen, aber doch erheblich langsamer wie normal. Zur Veranschaulichung des Phänomens, gebe ich die Fragen 1—9 des von der Kranken am 14. IX. 07 aufgenommenen Sommer'schen Schulkenntnisbogen in extenso wieder:

1. Alphabet: A B C D — — — — — K L M N — — — R S T — — — — Y Z.

2. Zahlenreihe: 1 2 3 4 — — 7 8 9 — — — — 13 — 15 16 — — — — 20.

3. Monatsnamen: Januar, Februar, März, — — — — — — — — November, Dezember.

4. Wochentage: unter Auslassung von Mittwoch, Donnerstag.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

5. Vater unser: Produziert nichts, blickt nur eine Zeitlang versonnen geradeaus. An die Aufgabe erinnert: „Ich hab's ja gesagt."

6. Zehn Gebote: Nihil, nur mit einem gewissen Eifer auf einen Punkt der Decke blickend. Nachher: „Ich hab's gesagt."

7. Die größten Flüsse in Deutschland: Nihil, eine Zeitlang versunken vor sich hinblickend, darauf Ref.: „Nun?" Ärgerlich: „Ich hab's doch gesagt." „Nein." Wieder ärgerlich: „Natürlich."

8. Die Hauptgebirge in Deutschland: Versunken vor sich hinschauend, mehrfach befriedigt mit dem Kopf vor sich hinnickend, schließlich wieder alte Haltung. Mahnung des Ref.: „Ich habe sie ja genannt."

9. Bundesstaaten: Genau das gleiche Verhalten wie bei Frage 8, nur einmal verneinend, wie bei einem Fehler mit dem Kopf nickend, darauf mit ihrem versunkenen, befriedigten Gesichtsausdruck fortfahrend, schließlich wieder hartnäckig versichernd, sie habe die deutschen Bundesstaaten genannt.

Alle übrigen Fragen, deren Antworten keine Reihen darstellen, werden richtig und vernehmbar beantwortet.

Die auffallende Erscheinung dauerte etwa 5 Tage, war dann verschwunden. Alle Reihenfragen, auch die oben notierten, beantwortete sie richtig und vollständig. Zugleich war die Kranke motorisch agiler geworden. Leider war die Kranke während der Störung nicht zu bewegen etwas anderes zu schreiben, wie einmal mit vieler Mühe ihren Namen. Ebenso scheiterten weitere psychische Untersuchungen an ihrer Indifferenz.

Es handelt sich also um eine Kranke, deren motorischer Ausdruck durch eine starke Hemmung sehr erschwert ist. Spontan spricht die Kranke daher nichts, antwortet nur mühsam auf Fragen. Für eine Kategorie sprachlicher Reaktionen, die erfahrungsgemäß mit einem besonders geringen Maß von Willensantrieb schon möglich sind, für die „sprachlich präformierten Reihen" (Heilbronner) zeigt die Kranke auffallenderweise auch einen reaktiven Mutacismus. Als Reihenleistung sehe ich auch noch die Antworten auf die Fragen 7, 8 und 9 des Sommer'schen Bogens an. Heilbronner, Pfersdorff u. a. machen mit Recht darauf aufmerksam, daß derartige „Aufzählungen zwar zusammengehöriger aber nicht unmittelbar durch sprachliche Gewöhnung zusammengeordneter Begriffe" von den Reihenleistungen zu trennen seien. Ich glaube aber, daß wir das Aufzählen der Hauptgebirge, Flüsse, Bundesstaaten Deutschlands doch als Reaktionen ansehen dürfen, in denen ein Glied das nächste in starkem Maße rein sprachassoziativ weckt, zumal unsere Kranke eine höhere Töchterschule durchgemacht hatte, und mir vom Ehemanne als intelligente Person geschildert wurde. Der reine Denkakt wird zum Zustandekommen dieser Reaktionen sich in ähnlicher Weise mit rein gewohnheitsmäßigen sprachlichen Assoziationen verbunden haben, wie es Sommer z. B. als charakteristisch für die meisten elementaren Rechenoperationen schildert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir sehen also unzweifelhaft, daß Frau Sch. bei der Reproduktion von Reihen in Mutacismus verfällt, und zwar häufig in periodischer Weise, während sie offenbar innerlich die Reihe richtig weiterdenkt. Dürfen wir der eigenen Aussage der Frau trauen, so wähnt sie, sie sage die verlangten Reihen her, obwohl sie nicht spricht.

Um dieses sonderbare Verhalten unserem Verständnisse näher zu bringen, sind vielleicht folgende Überlegungen erlaubt.

Zunächst möchte ich auf eine allgemeine Erfahrung hinweisen. Wenn man versucht, sprachliche Gebilde der verschiedensten Art nur innerlich auszusprechen und — was dazu an sich nicht erforderlich ist — die Aufmerksamkeit gespannt auf die entstehenden Sprachvorstellungen richtet, so ist ganz auffallend, wie viel deutlicher die Sprachvorstellungen der eingeübten Reihen geweckt werden können wie die der anderen sprachlichen Kategorien. Ich vermag mir z. B. derartige Reihen sogar in jedem beliebigen Rhythmus, jeder beliebigen Verteilung der Akzente, beliebiger dialektischer Färbung innerlich deutlich und geläufig vorzusprechen, Variationen, deren äußere Exekution mir nur zu einem verschwindenden Teile möglich ist. Dem widerspricht nicht, daß Aphasiker derartige Reihen automatisch herunterleiern, „wie Kinder, die eine Regel, ein Gedicht auswendig gelernt haben“ (Heilbronner). Beides ist offenbar eine Funktion der durch Übung erworbenen großen Erregbarkeit der inneren Wortreihen. Vorstellungsreihen, die sich so mühelos erwecken lassen, sind natürlich für den Willen viel leichter zu modifizieren, wie solche, deren einfache Auslösung schon große Anstrengung verursacht.

Um auf unseren Fall zurückzukommen, so hat wohl unsere Kranke die Aufgabe insofern erfüllt, als sie innerlich die verlangten Reihen hergesagt hat. Vielleicht hat sie nun die sprachlichen Vorstellungen dieser Reihen nach dem obigen so deutlich in sich bemerkt, soviel deutlicher wie die ihrer anderen Äußerungen, daß sie der irrigen Meinung verfiel, sie hätte die Reihen auch wirklich ausgesprochen.

Ein weiteres Moment für das Zustandekommen des Ausfalls liegt in der motorischen Hemmung. Die wirkliche Exekution der Reihen wäre sehr schwer geworden, gerade umgekehrt wie bei dem kortikal aphasischen, dem die Expression einer einmal klar erweckten Sprachvorstellung keine Schwierigkeit mehr bereitet, nicht unähnlich dagegen der expressiven Ohnmacht eines Kranken mit subkortikaler motorischer Aphasie. Wollen wir nach physiologischen Analogien suchen, so hat die Erscheinung die größte Verwandtschaft mit der Traumsprache. Auch die Traumsprache beschränkt sich auf das Gebiet der inneren Sprache, innerhalb deren der Träumende „nicht die geringste subjektive Schwierigkeit findet, seine Ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

danken in Worte zu fassen" (Kraepelin). Ferner charakterisiert Kraepelin die Traumsprache mit folgenden Worten: „Auf psychomotorischem Gebiet bestehen also Behinderungen, welche nicht die Ausbildung von Sprachbewegungsvorstellungen wohl aber deren Umsetzung in Laute erschweren oder unmöglich machen!" Genau dasselbe gilt für die Sprache unserer Kranken.

Heilbronner sieht nun das Reihensprechen als „in gewissem Maße selbständige Leistung des motorischen Sprachzentrums" an, wenn er ihm auch neuerdings mit Liepmann eine sensorische Komponente nicht ganz absprechen möchte. In der Tat wird in unserem Falle die Täuschung wesentlich durch die sprachlichen Bewegungsvorstellungen verursacht worden sein, wie es Kraepelin auch als Ursache der Sprache des Träumenden ansieht. Die Überzeugung, gesprochen zu haben, konnte die Kranke wohl nur aus motorischen Vorstellungen gewinnen.

Daß gleichzeitig geweckte Klangbilder ihr einen Erfolg vorgetäuscht hätten, der nicht erreicht war, ist viel unwahrscheinlicher. Wäre das Verhalten der Kranken dadurch verursacht, daß die Kranke ihre inneren Worte zu deutlich gehört hätte, so daß sie sie als von der Peripherie herkommend angesehen hätte, so müßte man annehmen, daß im Bewußtsein der Kranken eine wenig wahrscheinliche zeitliche Postposition der Klangbilderregung stattgefunden hätte, da sie einen solchen Erfolg doch erst nach der Erregung der Bewegungsvorstellungen erwarten konnte. Auch pflegt man von seiner eigenen Rede in der Regel sehr wenig akustisch aufzufassen. Ein sehr deutliches Auffassen der Klangbilder ist schon dadurch ausgeschlossen, daß wir dabei unsere Aufmerksamkeit immer auf zwei akustische Wortvorstellungen zu gleicher Zeit richten müssen, auf das vom Begriff her erregte Klangbild des zu sprechenden und das vom Ohr her erregte Klangbild des eben gesprochenen Wortes. Kurz, jeder sprechende Mensch weiß durch die Erfahrung zu genau, wie stark und zu welchem Zeitpunkte er seine eigenen Worte in Redefluß vernehmen kann, als daß durch einen Willensakt bzw. automatisch erregte Klangbilder unsere Kranke getäuscht haben könnten.

Allerdings hat Cramer gezeigt, daß bei gewissen Formen des Gedankenlautwerdens eine sekundäre Erregung der akustischen Sprachvorstellungen nach den primaer erregten motorischen Wortvorstellungen stattfindet. Dabei geht aber nicht eine absteigende innervatorische Erregung voraus, wie in unserem Falle, sondern es tritt gleich eine rückläufige, zwangsartige Erregungsfolge auf. Daß unsere Störung gar keine Beziehungen zu diesen Formen des Gedankenlautwerdens hätte, möchte ich natürlich nicht behaupten. Pfersdorff beschreibt bei manisch-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

depressiven Mischzuständen Erscheinungen, die als Gedankenlautwerden im Sinne Cramers anzusehen sind.

Auch unsere Kranke bietet zur Zeit des Phänomens unzweifelhaft einen Mischzustand des manisch-depressiven Irreseins, vielleicht einen dem manischen Stupor nahestehenden Zustand. Pfersdorff führt aus, daß in seinen eben erwähnten Fällen die motorischen Sprachvorstellungen eine isolierte Erhöhung ihrer Erregbarkeit erfahren hatten. Vielleicht kann man das für unseren Fall auch annehmen. Notwendig scheint mir das aber hier nicht. Wie wir gesehen haben, ist die Erregbarkeit der eingeübten Reihenassoziationen in den Sprachzentren schon normalerweise eine sehr große. Ihre Wertigkeit wächst vielleicht noch, wenn das in der Expression gegebene Gegengewicht fehlt. Es sei hier auch gleich angeführt, daß zu dieser Auffassung auch paßt, daß unsere Kranke in den Fällen, in denen sie einzelne Reihenglieder hintereinander wirklich aussprach, das Tempo des Sprechens etwas rascher war wie bei den übrigen sprachlichen Reaktionen, eine bekannte Tatsache, auf die auch Pfersdorff hinweist.

Eine wesentliche Frage wäre, ob das lebhafte innere Reihensprechen auch von Bewegungsempfindungen im peripheren Sprachapparat, von Wundt's Artikulationsempfindungen begleitet war, ob im Sinne Cramer's gleichzeitig Halluzinationen im Muskelsinn stattgefunden haben. Pfersdorff hat solche bei seinen Kranken vereinzelt gefunden. Es ist mir leider nicht gelungen, von der Kranken darüber Auskunft zu erhalten. Ich glaube allerdings, daß die Selbsttäuschung der Kranken auch ohne das entstehen konnte. Der Träumende glaubt auch zu sprechen, ohne in der Regel derartige Empfindungen zu haben. Man kann erwarten, daß bei eingeübten Reihen ihr Fehlen auch deshalb Menschen in solcher Verfassung nicht stutzig macht, weil wir sie beim geläufigen Sprechen schon normalerweise nicht beachten. Man kann sogar die entgegengesetzte Frage aufwerfen, die sich aber an der Hand unseres vorliegenden Beobachtungsmaterials nicht beantworten läßt, ob das erörterte Phänomen nicht zum Teil darauf beruht, daß die psychomotorische Hemmung auch diese Empfindungen, bzw. ihre Perzeption herabzusetzen pflegt, so daß die Kranken derartigen Täuschungen erliegen, weil sie sich über den Ablauf des peripheren Bewegungsaktes nicht orientieren können.

Über die Beziehungen, die das exzeptionelle Verhalten des Reihensprechens zu den Artikulationsempfindungen hat, glaube ich mir allerdings folgende Vorstellung machen zu dürfen. Eine deutliche Sprachbewegungsvorstellung setzt sich im gesunden, wachen Zustande fast mit automatischer Notwendigkeit in eine richtige sprachliche Expression um

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wille und Aufmerksamkeit brauchen sich diesem Teile des Sprachaktes kaum zuzuwenden. Nur bei Worten und Wortverbänden, deren sprachliche Vorstellungen blaß sind, konzentriert sich die Aufmerksamkeit mehr oder weniger stark auf den äußeren Sprechakt, d. h. auf die seinen Ablauf gewissermaßen registrierenden Signale, die erweckten Artikulationsempfindungen. Unsere Kranke hat im allgemeinen ohne Zweifel das richtige Gefühl, daß die Intensität ihrer Sprachvorstellungen nicht hinreicht, um die Widerstände im subkortikalen motorischen Sprachapparat automatisch, wie in gesunden Tagen zu beseitigen. Ihre Aufmerksamkeit überwacht daher gespannt, was sie spricht, d. h. die erregten Artikulationsempfindungen ihrer Sprachbewegungen. Daher zum großen Teil der Ausdruck der Anstrengung beim gewöhnlichen Sprechen. Dieses richtige Insuffizienzgefühl fehlt bei der Evokation sprachlich präformierter Reihen. Sie fühlt nicht, daß auch diese intensivsten Sprachbewegungsvorstellungen den gehemmten Sprachapparat nicht mehr automatisch in Aktion zu setzen vermögen, beachtet daher nicht, daß keine Bewegungsempfindungen peripher erweckt werden.

Wernicke erwähnt eine Form der motorischen Reaktionslosigkeit, die in gewissem Sinne das genaue Gegenteil hiervon bildet. Dabei werden krankhafte Veränderungen im Gefüge seiner Bewegungsvorstellungen vom Kranken erkannt. Die „Kraftleistung für jeden einfachen Bewegungsvorgang" steigert sich „in seiner subjektiven Schätzung bis auf ein abnorm hohes Maß, so daß die Bewegungen ganz unterlassen werden".

Demgegenüber ist hervorzuheben der Ausdruck der Befriedigung, den die Sch. bei der auf die innere Sprache beschränkten Reihenproduktion im Gegensatz zu dem Ausdruck des Unbehagens bei den wirklich exekutierten Sprachleistungen zeigte. Kraepelin weist auf das Gefühl der Befriedigung mit der innersprachlichen Leistung auch als ein wesentliches Agens der Traumsprache hin. Es gehe hier aus dem glatten Flusse der sprachlichen Bewegungsvorstellungen hervor. Der prompte Ablauf der sprachlichen Assoziationen beim Reihensprechen vermag danach dieses Gefühl erst recht zu erzeugen. Den Träumenden veranlaßt dieses Gefühl nach Kraepelin zu irrigen Urteilen über den Inhalt seiner inneren Reden. Auch in unserem Falle glaube ich, daß dieses Gefühl der Selbsttäuschung unserer Kranken den Weg geebnet hat.

Somit hätten wir das Phänomen zurückgeführt auf eine mangelhafte Auffassung des pathologischen Zustandes, in den der eigene sprachmotorische Apparat der Sch. geraten war, auf eine ungenügende Selbstbeobachtung, in letzter Linie auf eine ungenügende Intensität der Aufmerksamkeit.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die wichtigeren bekannten Phänomene, mit denen die Erscheinung Verwandtschaft hat, habe ich schon gestreift und auch gezeigt, was sie von unserer Beobachtung unterscheidet. Ich möchte noch hervorheben, daß sie auch von dem „reaktiven Mutacismus", den Wernicke als letztes motorisches Symptom beim Abklingen seiner Motilitätspsychosen beschreibt, durchaus verschieden ist. Die reflektorische Stummheit dieser Kranken tritt gerade dann auf, wenn sie „mit Überlegung" sprechen wollen, während sie unbewußt, ohne Spannung der Aufmerksamkeit, oft ganz fließend reden können. Die Erklärung, die Wernicke diesen Erscheinungen gibt, das Bestehen einer Sejunktion zwischen Bewußtsein der Persönlichkeit und der „Bewegungsmaschine des Körpers" kann für unsere Störung deshalb nicht in Betracht kommen. Auch ist diese, wie die meisten der berührten ähnlichen Symptome, außer der Traumsprache von Mißaffekten begleitet, da sie dem davon betroffenen als fremdes, zwangsartiges Element imponieren.

Ob die hier versuchte Erklärung der Beobachtung sie erschöpft, mag dahingestellt bleiben. Vielleicht liegen ihr auch noch elementarere Ursachen zugrunde, wie sie Sommer in seiner Methodenlehre (S. 33) als „motorischen Ausdruck einer eigenartigen Disposition des Nervensystems" kennzeichnet, „welche sich in periodischen Schwankungen äußert". Das beschriebene Symptom trat bei der Sch. nur transitorisch auf, um wieder zu verschwinden. Wir sahen ferner, daß innerhalb derselben Reihenproduktion Reaktion und Reaktionslosigkeit oft periodisch abwechseln. Sommer fand gelegentlich in einem ähnlichen Falle periodische Schwankungen der Kniephänomene in kürzesten zeitlichen Abständen. Daß diese seltene Beobachtung bei einer periodischen Psychose gemacht wurde, hebt Sommer als in der Tat sehr bemerkenswert hervor. Er eröffnet die wichtige Frage, ob es in jener generellen Disposition der Nervensubstanz eines Individuums nicht bedingt liegt, daß alle nervösen Äußerungen, nicht nur die psychischen Vorgänge die Neigung haben, in kürzeren und längeren periodischen Schwankungen abzulaufen. Eine solche Anschauung, deren Berechtigung selbstverständlich erst an einem großen, einwandsfreien Material ähnlicher Beobachtungen zu erweisen wäre, würde uns, glaube ich, auch dem Verständnis des manisch-depressiven Irreseins ein gut Teil näher bringen.

Literatur.

1. Bleuler, Ein Fall von aphasischen Symptomen usw. Arch. f. Psych., Bd. XXV.
2. Cramer, A., Die Halluzinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken. 1889.
3. Cramer, A., Über Sinnestäuschungen bei geisteskranken Taubstummen. Arch. f. Psych., Bd. XXVIII.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. Heilbronner, Über die transkortikale motorische Aphasie usw. Arch. f. Psych., Bd. XXXIV.
5. Heilbronner, Sprachstörungen bei funktionellen Psychosen mit Ausschluß der aphasischen Störungen. Referat auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins f. Psych. in München, 1906.
6. Kraepelin, Psychiatrie. VII. Aufl., 1904.
7. Kraepelin, Über Sprachstörungen im Traum. Psychol. Arb., V. Bd., 1. Heft.
8. Pfersdorf, Über Rededrang bei Denkhemmung. Monatsschr. f. Psych. und Neurol., Bd. XIX.
9. Pfersdorf, Über Denkhemmung. Zentralbl. für Nervenheilk. und Psych., 1906.
10. Sommer, R., Psychopathologische Untersuchungsmethoden. Berlin 1899.
11. Wernicke, Grundriß der Psychiatrie. 2. Aufl., 1906.
12. Wundt, Völkerpsychologie. I. Bd., Die Sprache. I. Teil, 2. Aufl., 1904,

---

Die Zeugung im Rausche.

Von **Dr. H. Hoppe,** Nervenarzt in Königsberg i. Pr.

Näcke hat in einem gleichlautenten Aufsatz in Nr. 22 des Neurologischen Zentralblattes 1908 eine sehr wichtige Frage angeschnitten bzw. von neuem zur Diskussion gebracht. Näcke hat zweifellos recht, wenn er auf die Schwierigkeiten hinweist, die dem sicheren Nachweis entgegenstehen, daß eine Zeugung im Rausche stattgefunden habe. Näcke klammert sich dabei aber an den Ausdruck „Rausch“ und meint, daß es zunächst schwer sei, einen Rausch zweifellos festzustellen. Vor Gericht, auf das Näcke exemplifiziert, sicherlich, da kommt es auf den geistigen Zustand an. Der Rausch ist aber nichts weiter als ein Ausdruck für einen geistigen Zustand, besser für eine geistige Störung, die im allgemeinen durch reichlichen Genuß alkoholischer Getränke hervorgerufen wird. Der vulgo „Rausch“ genannte Zustand ist jedoch nur eine mögliche Folge verhältnismäßig reichlichen Alkoholgenusses, neben der es noch andere, meist weniger deutlich wahrnehmbare auf körperlichem Gebiete gibt. Man pflegt daher den Rausch mangels anderer sicherer Merkmale als Gradmesser für die aufgenommenen Alkoholmengen zu betrachten, obgleich dieser, wie wir Ärzte wissen, weit davon entfernt ist, ein sicherer Gradmesser zu sein. Bei der Frage der Zeugung im Rausch ist aber durchaus nicht, wie Näcke zu meinen scheint, der geistige Zustand während der Zeugung das wesentliche, sondern die Quantität des von einer der zeugenden Personen (oder beiden) vorher aufgenommenen und im Blute kreisenden Alkohols. Einzig und allein darauf kommt es an.

Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die Fragestellung muß also lauten, nicht, „welcher Grad von Rausch zur Zeugung minderwertiger Kinder genügt", sondern welche Mengen Alkohol beim Zeugenden dazu hinreichen, bzw. ob eine Zeugung unter Alkoholeinfluß überhaupt zur Hervorbringung minderwertiger Kinder führt. Der einwandsfreien Beantwortung auch dieser Frage beim Menschen stehen sicher große Schwierigkeiten entgegen. Diese Frage kann eigentlich nur experimentell beim Tiere entschieden werden. Ich habe vor 2 Jahren einige Versuche in dieser Richtung an Kaninchen angestellt, die aber daran scheiterten, daß die Versuchstiere, Männchen wie Weibchen, obgleich sie längere Zeit vorher isoliert gehalten waren, um ihren Geschlechtstrieb zu steigern, unter Wirkung des Alkohols absolut nicht zur Begattung zu bringen waren. Hatte das Männchen Alkohol erhalten, so saß es in den nächsten Stunden stumpf (berauscht) neben dem nüchternen Weibchen, während in anderen Versuchen das Weibchen die Begattungsversuche des nüchternen Männchens nicht zuließ. Allerdings waren die (per os) verabreichten Alkoholmengen keine unerheblichen, nämlich 3 ccm pro kg (in Lösung von 10 %), weil ich nur bei diesen Mengen, wie sie Laitinen zu seinen älteren Versuchen über die Widerstandsfähigkeit gegen Bakteriengifte benutzt hat, deutliche Einwirkungen auf die Nachkommenschaft erzielen zu können glaubte. Aber auch mit 2 ccm Alkohol pro kg hatte ich keine besseren Erfolge. Meine Absicht, diese Versuche mit geringeren Alkoholmengen (vielleicht 1—1,5 ccm pro kg) bei intelligenteren Tieren, z. B. Hunden, fortzusetzen, habe ich bisher aus Mangel an geeignetem Versuchsmaterial nicht ausgeführt, hoffe aber noch Gelegenheit dazu zu finden. Vielleicht bilden diese Zeilen die Anregung für diesen oder jenen Kollegen an einer ländlichen Irrenanstalt, wo ja Hunde wesentlich leichter zu beschaffen und zu halten sind als in der Großstadt, der Frage an einem größeren Versuchsmaterial näher zu treten. Es muß natürlich bei jedem Hundepaar die normale Nachkommenschaft mit der unter Einfluß von Alkohol gezeugten verglichen werden. Vielleicht genügen auch geringere Alkoholmengen (0,3—0,5 ccm pro kg, entsprechend 20—30 ccm abs. Alkohol — $^1/_2$—$^3/_4$ l Bier — beim erwachsenen Menschen von 60 kg Körpergewicht), um, wenn auch keine deutliche Entartung, so doch eine gewisse Minderwertigkeit der Nachkommenschaft (geringeres Körpergewicht, langsameres Wachstum, geringere Widerstandsfähigkeit gegen Toxine) hervorzurufen.

Sicher würde es auch, worauf Näcke hinweist, zweckmäßig sein, die Einwirkung des Alkohols auf das Gefüge des Spermatozoons und des weiblichen Eis (aber nicht nur des befruchteten, wie Näcke betont, sondern auch des unbefruchteten, denn auch das weibliche Wesen kann Alkohol vor der Begattung aufnehmen und dadurch die Eizellen schädigen)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu untersuchen. Ich habe dieserhalb im Sommer 1905 mit Professor Bunge in Basel gesprochen, der äußerte — ob mit Recht, lasse ich dahingestellt —, daß dabei nicht viel herauskommen würde. Die von Näcke hervorgehobene Schwierigkeit aber, gerade den leichten Rausch bei Tieren zu erkennen, existiert natürlich nicht, da es, wie gesagt, gar nicht auf den Rausch, sondern auf die aufgenommene Alkoholmenge ankommt, die vom Untersucher auf das exakteste bestimmt werden kann.

Wenn aber auch bisher exakte Beweise in dieser Richtung und im Sinne Näcke's für die verderbliche Wirkung der Zeugung unter Alkoholeinfluß fehlen, so handelt es sich bei der vielfach verbreiteten Annahme einer solchen Wirkung doch nicht nur, wie Näcke meint, um vage Vermutungen und Behauptungen, sondern es sind zahlreiche Momente vorhanden, die diese Annahme stützen, so daß ein Wahrscheinlichkeitsbeweis schon jetzt zu führen ist. Zunächst ist diese Ansicht uralt. Nach der römisch-griechischen Sage wurde der lahme (mißgebildete) Vulkan von Jupiter erzeugt, als dieser vom Nektar betrunken war. Bekannt ist der Ausspruch des Diogenes, den dieser nach Plutarch zu einem entarteten Jüngling tat: „Mein junger Freund, dein Vater hat dich in trunkenem Zustand erzeugt." Es gab sogar ein altes karthagisches Gesetz, das am Tage des Beischlafs den Genuß alkoholischer Getränke direkt untersagte; ebenso sprach sich ein Gesetz des Lykurg gegen die Kohabitation im Rausche aus. Es ist doch unzweifelhaft, daß solche Überzeugungen, die sich sogar zu Gesetzesvorschriften verdichteten, sich nicht gebildet haben könnten, wenn nicht sehr zahlreiche Beobachtungen auf den Zusammenhang zwischen Rauschzeugung und entarteten Kindern deutlich hingewiesen hätten. Vielleicht war gerade in jenen alten Zeiten, wo vielfach neben der rechtmäßigen Frau Sklavinnen als Nebenfrauen des Hausherrn fungierten, Gelegenheit vorhanden, ziemlich einwandsfreie und frappierende Beobachtungen in dieser Richtung zu machen, deren Beweiskraft wohl auch den strengen Anforderungen Näcke's zu genügen imstande gewesen wäre. Eine solche Sklavin erschien infolge der reichen Abwechslung, die dem Hausherrn zu Gebote stand, wohl in vielen Fällen nicht öfter als einmal monatlich vor ihrem Herrn und Gebieter, wenn dieser sie zu sich zu befehlen geruhte. Geschah dies einmal nach einer solennen Kneiperei, und blieb hinterher die Periode der betreffenden Sklavin aus, so war dieser von dem alkoholisierten Gebieter ausgeübte Beischlaf sicher als der befruchtende anzusehen, da ja die Sklavinnen so streng bewacht waren, daß sie mit anderen Männern zu verkehren kaum je Gelegenheit hatten. Es war auch ein Vergleich zwischen diesen und den früheren oder späteren Kindern dieser Sklavin und mit den mit anderen Sklavinnen gezeugten Kindern möglich — und ein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

solcher Vergleich ist, vorausgesetzt, daß eine andere zufällige Krankheit zur Zeit der Zeugung auszuschließen ist, was ja sehr leicht ist, die Hauptsache für die Entscheidung der Frage, nicht aber, wie Näcke meint, der Ausschluß einer degenerativen Anlage bei den beiden Zeugenden —, kurz und gut, es waren alle Bedingungen für einwandsfreie Beobachtungen gegeben. Nicht so günstig liegen die Verhältnisse in unserer Zeit, wenn auch manchmal unter gewissen Umständen eine ähnliche günstige Konstellation eintreten kann. Solche günstigen Umstände werden wohl wenigstens zum Teil den Beobachtungen zugrunde liegen, die in der Literatur des vergangenen Jahrhunderts berichtet sind. So hat F. W. Lippich[1]) über 97 im Rausch gezeugte Kinder Beobachtungen gesammelt, von denen nur 14 ohne Gebrechen geblieben waren, während die übrigen 83 allerlei mehr oder weniger schwere Krankheiten bzw. Degenerationen zeigten. Es existieren ferner Beobachtungen von Esquirol, Séguin, Morel, Lucas, Dehaut, Vousgier, Flemming, Burdach, Hufeland, Bourneville, Lunier, Demaux, Grénier, Sullivan usw., zum großen Teil also von Ärzten von anerkanntem Rufe, denen man wohl zutrauen darf, daß sie an ihre Beobachtungen Kritik zu legen und Fehlerquellen, wie sie Näcke aufführt, zu vermeiden verstanden haben. Hier sei nur folgendes mitgeteilt. Bourneville[2]) fand in einer Untersuchung an 2554 idiotischen und epileptischen Kindern des Bicêtre, daß 235 = 9,2 % sicher, 86 = 3,3 % wahrscheinlich im Rausch gezeugt waren. In den sieben Beobachtungen, die Sullivan, Arzt am Gefängnis Pentonville zu Liverpool, von Frauen dieses Gefängnisses mitteilt, handelt es sich um Trunkenheit der Mütter zur Zeit der Konzeption; während hier die später geborenen Kinder am Leben geblieben waren, waren die Früchte jener Konzeption entweder tot zur Welt gekommen oder bald hinterher gestorben, obgleich es meist Erstgeborene waren, die, wie Sullivan sonst unter den 100 Trinkerinnen seines Beobachtungsmaterials feststellen konnte, die relativ größte Lebensdauer haben[3]). Allerdings war Sullivan dabei

[1]) F. W. Lippich, Grundzüge zur Dipsobiostatik über politisch-arithmetische, auf ärztliche Beobachtung gegründete Darstellung der Nachteile, welche durch den Mißbrauch der geistigen Getränke in Hinsicht auf Bevölkerung und Lebensdauer sich ergeben. Laibach 1834.

[2]) Bourneville, Action de l'alcoolisme sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie. Progrès méd. 1901.

[3]) Sullivan, The children of the female drunkard. Med. Temp. Review 1900, S. 76: „... it was found in all these instances (seven in number), were conception was known to have occured during a state of drunkeness, that the infants died soon after birth or were dead-born though in several of the cases the children so conseived were the first born, and had therefore, as we have been seen, a relatively good chance of life. In

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf die Angaben der betreffenden Frauen angewiesen, doch wird man ihm wohl zutrauen dürfen, daß er diese Angaben auf ihre Zuverlässigkeit soweit wie möglich geprüft hat. Da er Frauen, bei denen der Alkoholismus mit Syphilis, Tuberkulose und nervöser Belastung verbunden war, von der Untersuchung ausgeschlossen hat, so waren auch nach dieser Richtung hin die Bedingungen Näcke's (daß anderweitige Degeneration ausgeschlossen sein muß) wenigstens zum Teil erfüllt. Also so ganz vage, wie Näcke meint, sind die bisherigen Beobachtungen über die degenerierenden Folgen einer Zeugung im alkoholisierten Zustande nicht.

Dazu kommen Beobachtungen, die indirekt auf diese Folgen hinweisen, nämlich, daß neun Monate nach besonders starken Trinkzeiten besonders viel minderwertige Kinder geboren werden. Nach L. Frank[1]) kommen in Frankreich die meisten Totgeburten wie die meisten unehelichen Geburten neun Monate nach den Freuden des Karnevals in den Städten und nach den Kirmessen auf dem Lande vor. In den Weinländern gilt es ferner als Regel, daß sieben Jahre nach einem besonders guten Weinjahr ein besonders schlechter Schuljahrgang folgt. So berichtet auf dem achten internationalen Kongreß gegen den Alkoholismus ein Lehrer (Ber. 1901, S. 116): „Wenn wir in der ersten (sc. untersten) Klasse sehr schlechtes Schulmaterial haben und schlechte Lehrerfolge erzielen, wissen wir, daß sieben Jahre vorher ein gutes Weinjahr war." Am beweisendsten in dieser Beziehung erscheinen aber die Untersuchungen Bezzola's[2]) über die Geburts- bzw. Zeugungsmonate von 8196 schwachsinnigen Schweizer Kindern aus den Jahren 1880—1890. Diese ergaben, daß die Kurve ihrer Zeugungszeiten im Vergleich mit der Zeugungskurve aller Kinder aus demselben Zeitraum mehrere überragende Gipfel zeigt, die in die Monate Februar (Fastnachtszeit), April, Juni (Hochzeits- und Maibowlenzeit) und Oktober (Weinlese) fallen, während die normale Zeugungskurve gerade in diesen alkoholreichen Zeiten am tiefsten steht. Eine Spezialuntersuchung über 68 Schwachsinnige aller Grade im Kanton Graubünden ergab, daß die Hälfte dieser Zeugungen sich auf einen Zeitraum von 14 Wochen erstreckte, die sich als die Trinkzeiten herausstellten, die übrige Hälfte sich aber ziemlich gleichmäßig auf die übrigen 38 solideren Wochen ver-

---

some of the cases subsequently born children survived. These facts suggest very strongly that the reinforcement of the alcoholic condition at the time of conception aggravated its action on the embryo reducing the vitality of the latter to a degree usually related the latter stages of alcoholism."

[1]) L. Frank, La femme contre l'alcool. Bruxelles 1897.

[2]) D. Bezzola, Statistische Untersuchungen über die Rolle des Alkohols bei der Entstehung des originären Schwachsinns. Ber. d. 8. int. Kongr. g. d. Alk. 1901, S. 109—114.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

teilte. Eine entsprechende Untersuchung, die Hartmann[1]) bei Schweizer Verbrechern (allerdings nur 214) angestellt hat, ergab, daß ihre Zeugungskurve ähnliche Maxima und Minima aufwies, die im großen und ganzen mit den Gipfeln und Tälern der Schwachsinnszeugungskurve zusammenfielen. Man kann danach also sagen, daß die Degenerierten vorzugsweise in den Trinkmonaten, in den Zeiten, wo der Sitte gemäß stärker getrunken wird, als sonst, gezeugt werden. Nun führt Näcke, der diese Statistiken nicht mitteilt, sondern nur im allgemeinen auf die Wahrnehmungen hinweist, „daß die Geburten Epileptischer oder Blödsinniger in einigen Gegenden mit einer Empfängnis während der Mostzeit zusammengefallen sein sollen", gegen die Beweiskraft solcher Ermittelungen an, daß sich unter den Angeheiterten sicher viele Trinker und Minderwertige aller Art finden, und daß der Alkohol Minderwertige sexuell mehr und schneller reize. Jenes ist zweifellos, denn unter den Angeheiterten und Alkoholisierten befinden sich stets viele Minderwertige, warum also nicht auch in den Trinkzeiten. Daß aber in den Trinkzeiten die Zahl der Alkoholisierten unter den Minderwertigen im Verhältnis zu dieser Zahl unter den Normalen größer ist als in den übrigen Zeiten des Jahres, daß ferner der Alkohol Minderwertige sexuell stärker reizt als die Normalen (die Sittlichkeitsattentate der Minderwertigen nach Alkoholgenuß sind doch kein Zeichen stärkerer Libido, sondern geringerer Hemmungen), und daß unter Einwirkung des Alkohols bzw. in den Trinkzeiten die Minderwertigen eine stärkere sexuelle Tätigkeit entfalten als die Normalen, dafür fehlt jeder sichere Anhalt, jeder Schatten eines Beweises. Die auf vagen Vermutungen gegründeten Bedenken Näcke's sind daher nicht geeignet, die Beweiskraft der Untersuchungen von Bezzola und von Hartmann zu erschüttern.

Damit sind aber die Wahrscheinlichkeitsbeweise für die Schädlichkeit der Zeugung im alkoholisierten Zustande noch nicht erschöpft. Näcke meint: „Wir wissen, daß der Alkohol sehr bald nach der Ingestion im Blut und in den Körper- und Gewebsflüssigkeiten erscheint, wahrscheinlich auch im Samen. Sind aber bezüglich des letzteren Punktes beim Menschen schon exakte Untersuchungen angestellt worden? Ich glaube nicht." Solche Untersuchungen sind schon vor acht Jahren angestellt worden. Näcke hätte sich darüber sehr leicht genau orientieren können, wenn er nur einen Blick in meine „Tatsachen über den Alkohol (3. Aufl., München 1904) getan hätte, da heißt es (S. 382): „Daß die Geschlechtsdrüsen sehr stark unter dem Alkohol leiden, erklärt sich aus den

[1]) Hartmann, Über die hereditären Verhältnisse bei Verbrechern. Mschr. f. Kriminalpsychol. 1905, S. 508.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Untersuchungen von Nicloux und Renaut[1]), wonach der aufgenommene Alkohol als solcher sehr schnell in die Geschlechtsdrüsen und in die Samenflüssigkeit übergeht, speziell in das Hodengewebe und in die Samenflüssigkeit in demselben Verhältnis wie in das Blut, in die Vorsteherdrüse im Verhältnis wie 2 : 3, in den Eierstock der weiblichen Tiere wie 3 : 5." Nicloux und Renaut haben auch, wie Näcke aus meiner Besprechung der Renaut'schen Arbeit in der Internationalen Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus (14. Jahrg., 1904, S. 159) hätte ersehen können, Untersuchungen der Samenflüssigkeit nach Alkoholeinführung an vier Männern angestellt. „Es ergab sich, daß der Alkohol ($^3/_4$—$^5/_4$ ccm pro kg) sehr schnell in die Samenflüssigkeit übergeht, und zwar in einem Verhältnis, welches dem des Urins resp. des Blutes nahe steht." Es ist also sicher, daß Alkohol in die Samenflüssigkeit des Mannes übergeht. Nun erhebt Näcke das Bedenken, für den Fall, daß Alkohol in die Samenflüssigkeit übergeht, es sei zweifelhaft, „ob der Alkohol die Samenflüssigkeit gleichmäßig durchdringe und ob die Spermatozoen auch alle und alle gleich stark vom Alkohol imbibiert werden." Diese Bedenken sind aber schon theoretisch wenig begründet. Nach Meyer und Overton hängt die Wirksamkeit der Narkotika, u. a. auch des Alkohols, ab von ihrer Lipoidlöslichkeit, d. h. von ihrer Löslichkeit in den Lipoiden der Plasmahülle, die jede Zelle nach außen begrenzt. Nun kann man sich wohl vorstellen, und es ist auch ziemlich wahrscheinlich, daß die gleichen Organzellen bei verschiedenen Tierspezies und die verschiedenen Zellenarten bei demselben Individuum eine verschiedene Lipoidorganisation der Plasmahäute zeigen, es ist aber kaum anzunehmen, daß bei derselben Zellenart, hier den Spermatozoen, und bei einem und demselben Individuum die Plasmahäute wesentliche Verschiedenheiten zeigen sollten. Die bisherigen Untersuchungen aber über die Einwirkung der Alkohole, speziell des Äthylalkohols, auf einzellige Organismen (Leukocyten, Flimmerzellen, Spermatozoen) zeigen uns eine verschieden starke Wirkung der verschiedenen Alkohole bei gleicher Konzentration und desselben Alkohols bei verschiedenen Konzentrationen einerseits und derselben Alkohollösung auf gleiche Zellenarten verschiedener Tierspezies, aber von einem verschiedenen Verhalten der einzelnen Individuen einer und derselben Zellenart ist in

---

[1]) M. Nicloux, Passage de l'alcool ingéré dans quelques glaudes et sécrétions générales. C. v. de la soc. de biol. 1900.

Ders., Recherches expérimentales sur l'élimination de l'alcool dans l'organisme. Thèse, Paris 1900.

P. Renaut, Contribution à l'étude de l'alcoolisme congénital au point de one expérimental et clinique. Thèse, Paris 1901.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den zahlreichen Untersuchungen keine Rede. So fand Günther[1]), daß durch Äthylalkohol in einer Konzentration von 1% im Hundesperma, das durch zweistündiges Stehen abgeschwächt war, die Bewegung nach 80 Minuten (durch Propylalkohol und Amylalkohol in gleicher Konzentration in 18 bzw. 11 Minuten) erlosch; menschliches Sperma war im allgemeinen widerstandsfähiger, noch größere Widerstandsfähigkeit zeigte Flimmerepithel vom Frosch. Es mag ja sein, daß einzelne Zellindividuen derselben Tierart in demselben Medium ihre Bewegung etwas früher einstellten, groß können aber die Unterschiede nicht gewesen sein, sonst würden sie die Autoren bemerkt haben; daß aber einzelne Individuen sich der Einwirkung des Alkohols ganz entzogen hätten, davon kann natürlich erst recht keine Rede sein. Es ist daher kein Grund vorhanden anzunehmen, daß „bei ungleichmäßiger Durchtränkung im Rausch (sc. mit Alkohol) gesunde Spermatozoen in Aktion treten könnten".

Auch das Bedenken Näcke's, daß, „da der Rausch sehr bald, oft nach schon kleinen Mengen Alkohol eintreten kann, kaum anzunehmen sein wird, daß viel vom Giftstoffe in den Samen gekommen ist", ist hinfällig, da es, wie ich auseinandergesetzt, gar nicht auf den Rausch, sondern auf die aufgenommene Alkoholquantität ankommt. Je größer diese ist, desto mehr gelangt auch nach den Untersuchungen von Nicloux und Renaut in die Samenflüssigkeit, und je mehr Alkohol die Samenflüssigkeit enthält, desto stärker ist die Wirkung auf die Spermatozoen. Das gleiche dürfte beim Weibe, wenn Alkohol in ihrem Blute kreist, für den Eierstock und die Eizellen, sowie für die während des Begattungsakts in ihrem Genitalschlauch abgesonderten Sekrete gelten, die das Medium für das ejakulierte Sperma bilden.

Zum Schluß noch eine allgemeine Betrachtung. Die Erfahrung lehrt, daß bei den höheren Lebewesen, bei denen eine genauere Beobachtung möglich ist, stärkere akute Schädigungen des Wohlbefindens, der Gesundheit, die Geschlechtslust herabsetzen oder aufheben. Während einer akuten Infektionskrankheit und auch in der Rekonvaleszenz von dieser schreitet ein Tier sicher nie und auch ein Mensch kaum je zur Begattung. Das gleiche gilt von akuten Vergiftungen und von den Wirkungen starker körperlicher Ermüdung. Abgehetzte Tiere und Menschen nach erheblichen Strapazen verspüren keine Geschlechtslust. Es ist anzunehmen bzw. sicher, daß in allen diesen Fällen Giftstoffe in erheblichen Mengen im Körper kreisen, die auch die Geschlechtsdrüsen und die Keime schädlich beeinflussen. Die Natur hat es weise eingerichtet, daß solche Zustände bzw. solche

[1]) Gustav Günther, Über Spermingifte. (Ein Beitrag zur Kenntnis der Protoplasmagifte.) Pflüg. Arch. f. Phys. 1907, Bd. CXVIII, S. 551—571.

Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Stoffe gleichzeitig auch den Geschlechtstrieb vermindern oder aufheben. Der Geschlechtsakt soll eben — dahin tendiert die Natur — stets nur der Ausdruck höchster Lebenskraft und völliger Gesundheit der sich vereinigenden Individuen sein. Bei den Tieren ist es auch stets oder fast ausschließlich so. Dem Menschen nur ist es vorbehalten, sich unter Umständen auch in solchen Zeiten körperlicher Depression durch sinnliche Vorstellungen künstlich zum Geschlechtsakt anzuregen oder reizen zu lassen. Hier liegt eine der Hauptursachen, wenn nicht die Hauptursache, der Degenerationserscheinungen beim Menschengeschlecht. Ihnen entgegenzuarbeiten und so den Weg zu öffnen für die Höherentwicklung des Menschengeschlechts, sind vor allem die Ärzte berufen. Höherentwicklung, Höherzüchtung der Menschen ist ja der Ruf, der jetzt immer lauter und häufiger wird. In der Tat ist diese Höherzüchtung die erhabenste Aufgabe der kommenden Jahrhunderte. Zur Lösung dieser Aufgabe wird es nicht nur nötig sein, die Mittel und Wege zu finden, um die Kranken, die Degenerierten an der Fortpflanzung zu hindern, sondern vor allem auch die Faktoren zu studieren und allgemein bekannt zu geben, die beim sonst gesunden und normalen Menschen während ihres Vorhandenseins die Geschlechtsprodukte ungünstig beeinflussen und so, falls unter diesen Umständen der Beischlaf ausgeübt wird, zur Erzeugung von minderwertigen oder nicht ganz vollwertigen Wesen führen können. Zu diesen Faktoren gehört wahrscheinlich die Alkoholisierung und ebenso auch die Aufnahme von anderen Genußgiften. Hier ist noch ein weites und lohnendes Feld für exakte Untersuchungen, deren ungeheure Wichtigkeit sich von selbst ergibt.

II. Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 11. Januar 1909.

Bericht von **Dr. Schayer,** Dalldorf-Berlin.

L. Borchardt: Demonstration.

Vortragender demonstriert das Präparat einer Knochencyste des Hinterhauptbeins von einem 20jährigen Manne, der vor $1^3/_4$ Jahren an migräneartigen Anfällen erkrankte und unter den Erscheinungen schweren Hirndruckes, in soporösem Zustande, auf die Nervenklinik der Charité aufgenommen wurde, wo er nach wenigen Tagen starb. Intra vitam wurde bereits die Verdünnung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der äußeren Lamelle des Occiput erkannt, da sich der Knochen mit der Fingerkuppe eindrücken ließ; durch Probepunktion wurde eine rötlich tingierte Flüssigkeit entleert, die nach der chemischen und mikroskopischen Untersuchung als durch Blutbeimengung verunreinigte Cerebrospinalflüssigkeit angesprochen wurde. Die beiden Knochenlamellen des Os occipitale waren durch die Flüssigkeitsansammlung weit auseinandergedrängt, und der so entstandene Hohlraum enthielt nicht weniger als 500 ccm Flüssigkeit. An der inneren Lamelle zeigte sich dicht über dem Succus transversus eine Perforationsöffnung, der linke Hinterhauptslappen war an dieser Stelle ebenfalls perforiert, so daß die Cyste unmittelbar mit dem stark erweiterten linken Seitenventrikel kommunizierte. Das Gehirn selbst konnte nicht weiter untersucht werden. Allem Anschein nach ist die Cyste im zweiten Lebensjahr im Anschluß an einen Fall auf den Hinterkopf entstanden; Genaueres über den Entstehungsmodus ließ sich nicht mehr feststellen. — Von Interesse ist noch besonders, daß keine Stauungspapille bestand.

Autoreferat.

Diskussion:

Cassirer hat den Pat. am 18. XI. 08 untersucht. Er fand ihn in halbbenommenem Zustand, offenbar an heftigen Kopfschmerzen leidend. Der Kranke stöhnte oft, faßte sich nach dem Kopf, war nur vorübergehend etwas klarer. Es bestand keine Stauungspapille. Augenbewegungen waren nach oben und unten nicht ausführbar, dagegen nach den Seiten nicht gehemmt. Facialis und Hypoglossus frei. Sensibilität nicht erheblich gestört. Keine Areflexie der Cornea. Es bestand völlige Asynergie: aufgerichtet fiel Pat. in sich zusammen. Gehen und Stehen war nicht möglich. Der Kopf wurde in Anfällen von opisthotonisch-tetanischen Zuständen nach hinten gezogen. Keine eigentliche Nackenstarre. Die Bewegungen der Extremitäten waren in Rückenlage nicht erheblich gestört. Doch bestand Ataxie, und zwar links stärker als rechts. Die Reflexe waren sehr lebhaft, links Babinski positiv. Die Sprache zeigte keine aphasischen oder dysarthrischen Störungen. Der Schluckakt war nicht alteriert. Die Symptome nötigten zu der Annahme eines raumbeschränkenden Prozesses, der auf Grund der Augenmuskellähmung in der Vierhügelgegend vermutet wurde. Der remittierende Verlauf legte den Gedanken an eine Cyste nahe. C. gibt zu erwägen, ob nicht irgendwo ein Verschluß der Hohlräume des Gehirns bestehen könne, infolgedessen der Durchbruch einer primär in der Vierhügelgegend gelegenen Cyste durch das Gehirn und die innere Knochenlamelle erfolgt ist und sekundär zu der Knochencyste geführt hat. Damit würde sich das Fehlen der Stauungspapille erklären lassen. Diese Auffassung könne allerdings erst durch genaue anatomische Untersuchung verifiziert werden.

Ziehen weist auf die außerordentliche Seltenheit des vorliegenden Befundes hin. Seines Wissens findet sich ein ähnlicher Fall nur bei Chipault beschrieben. Er glaubt nicht, daß die Knochencyste sekundär entstanden sei. Man könne doch kaum annehmen, daß eine vom Gehirn ausgehende Cyste ein Loch in den Schädel bohre. Allenfalls ließe sich noch an ein Sarkom denken, aus dem sich die Cyste entwickelt habe.

Hebold: Es ist bedauerlich, daß die Untersuchung des Gehirns bisher nicht geschehen ist, sonst würde man sich genauer über den Hergang der Bildung der Knochencyste klar sein. Es ist wichtig, hervorzuheben, daß das Trauma ein junges Individuum betroffen hat. Indessen erscheint mir so viel

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sicher, daß das Trauma für die Entstehung der Veränderung in und am Schädel verantwortlich zu machen ist. Durch den Fall auf den Hinterkopf wurde eine Knochenverletzung, ein Sprung oder eine Absplitterung der Tabula vitrea, und gleichzeitig eine Verletzung des Gehirns an der benachbarten Stelle gesetzt. Eine entzündliche Verklebung des Gehirns mit dem Knochen an dieser Stelle brachte das Innere des Seitenventrikels mit der Spongiosa in Verbindung, und ein Hydrocephalus, der vielleicht auch durch die Verletzung (durch entzündliche Vorgänge an der Gehirnbasis) entstanden ist, bewirkt dann eine Einschmelzung der Diploe und Auftreibung des Knochens, gleichzeitig mit der Erweiterung der Gehirnkammern bei dem noch im Wachsen befindlichen Menschen.

Autoreferat.

Remak schließt sich im allgemeinen der Ansicht des Vorredners an. Die Knochencyste könnte auch aus einem Hämatom entstanden sein, das ins Gehirn durchgebrochen ist.

Max Edel: Zu dem höchst interessanten Falle möchte ich eine Bemerkung an den Vortragenden richten.

Ist eine Röntgenuntersuchung vorgenommen worden? Ich kann mir denken, daß man bei einer solchen, da es sich um einen Prozeß an den Schädelknochen handelt, unter Umständen schon während des Lebens einen Aufschluß über die Natur des Prozesses hätte erlangen können. Autoreferat.

Cassirer: Es scheint doch eine große Schwierigkeit bei der Annahme zu bestehen, daß die Cyste in das Gehirn durchbricht. Mindestens müßte man dabei einen Hydrocephalus internus voraussetzen und somit einen doppelten Mechanismus.

Jacobsohn meint, daß, wenn man das in früher Jugend bei dem Patienten geschehene Trauma als ursächliches Moment zugrunde legt, die Erklärung für das Entstehen der Knochencyste keine Schwierigkeiten bietet. Das Trauma hätte alsdann eine zunächst geringe Absprengung der inneren Knochenlamelle von der äußeren bewirkt; es hätte ferner eine zunächst geringfügige Schädigung der Hinterhauptspitze hervorgerufen. Wie der Vortragende nun erwähnte, läge hier auch einer jener Fälle vor, in denen das Cornu posterius des Seitenventrikels fast bis zur Spitze des Hinterhauptslappens reicht. Durch einen wahrscheinlich im späteren Leben aufgetretenen Hydrocephalus könnte alsdann die beschädigte Spitze des Hinterhauptslappens weiter erweicht und schließlich durchbrochen sein und damit eine Kommunikation zwischen dem Seitenventrikel und dem Raum zwischen den beiden auseinandergesprengten Lamellen der Hinterhauptsschuppe eingetreten sein. Dieser Raum hätte sich dann durch den Druck der hydrocephalischen Flüssigkeit durch allmähliches Loslösen der inneren Lamelle von der äußeren immer mehr vergrößert, wodurch dann schließlich diese enorme Knochencyste entstanden sei. Autoreferat.

Ziehen glaubt, daß in der Tat ein doppelter Mechanismus vorliege. Der Hydrocephalus sei der Knochencyste entgegengekommen, so daß der Durchbruch nicht durch gesunde Hirnmasse erfolgte. Der primäre Prozeß, der zu der Cyste führte, sei aber wohl im Knochen zu suchen.

Borchardt (Schlußwort): Die Röntgenuntersuchung war infolge des desolaten Zustandes des Pat. nicht mehr ausführbar. Das Bestehen eines Hydrocephalus läßt sich an dem (etwas eröffneten) Gehirn bereits konstatieren. Eine primäre Cyste der Vierhügelgegend hätte früher Lokalsymptome machen müssen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Annahme von Remak, daß es sich um ein Hämatom gehandelt habe, entspreche der chronischen Entzündung, die auch durch die Knochenwucherung am Rande der Perforationsstelle dokumentiert wird. Es könne der von Cassirer als doppelter Mechanismus bezeichnete Vorgang daher sehr wohl den Tatsachen entsprechen.

Forster: Über das manisch-depressive Irresein.

Nach einer historischen Übersicht schildert Vortragender das Krankheitsbild des manisch-depressiven Irreseins, wie es von Kraepelin in der letzten Auflage seines Lehrbuches festgestellt worden ist. Er erwähnt die verschiedenen Formen der sogenannten Mischzustände und weist darauf hin, wie Kraepelin diese konstruiert hat, indem er die Hypothese machte, daß getrennte Störungen des Denkens, der Stimmung, des Willens beobachtet werden könnten. Die Kraepelin'sche Auffassung sei ursprünglich durch den Verlauf der Krankheitsbeobachtungen während möglichst langer Zeit zustande gekommen, später haben besonders die Beobachtungen Weygand's während der Perioden des Stimmungsumschlags dazu geführt, charakteristische, in jedem Stadium erkennbare manisch-depressive Symptome zu finden. Die Auffassung Wernicke's wurde dieser gegenübergestellt. Ein Vergleich der beiden Auffassungen wurde erst seit der Aufstellung der typisch manisch-depressiven Symptome möglich. Das Fallenlassen der sogenannten Melancholie des Rückbildungsalters, die nach Dreyfuß' und Specht's Untersuchungen in das manisch-depressive Irresein aufgenommen wurde, brachte keine neue Annäherung des Kräpelin'schen Standpunktes an den Wernicke'schen. Das Neue in dieser Auffassung war das Feststellen der typischen manisch-depressiven Symptome auch hier. Es zeigte sich, daß die typischen Symptome aber sehr wenig scharf umschrieben waren. Hierdurch wurde es der Kraepelin'schen Schule möglich, solche Krankheitsbilder auch nach den Zustandsbildern dem manisch-depressiven Irresein anzugliedern, die besonders nach Wernicke, aber auch nach Ziehen und anderen keineswegs eine Einheit bilden. Durch die Aufstellung der Cyklothymie wurden von Wilmanns Krankheitsformen hierhergerechnet, die als psychopathische Konstitutionen, Affektschwankungen, Neurasthenien usw. in anderen Schulen getrennte, für sich durch Besonderheiten unterscheidbare Gruppen bilden. Es bekam dadurch das manisch-depressive Irresein Ähnlichkeit mit den Affektpsychosen anderer Autoren. In beiden Fällen waren genauere Unterabteilungen erforderlich, um die einzelnen verschiedenen Gruppen zu kennzeichnen. Die Hypothese, daß alle diese Formen nun wirklich einer einheitlichen Psychose, der Paralyse vergleichbar, angehörten, gewann dadurch nicht an Wahrscheinlichkeit und konnte durch anatomische, chemische oder biologische Befunde bisher nicht gestützt werden. Auch der Beweis, daß die Annahme Wilmanns, wenn ausgesprochene katatonische Symptome mit typisch manisch-depressiven Erscheinungen verbunden seien, sei letzteren die entscheidende Bedeutung beizumessen, richtig sei, wurde keineswegs geliefert; auch wurde nicht wahrscheinlich gemacht, daß aus dem Zusammenwerfen derartig verschiedener Formen ein klinischer Vorteil entstehe. — Auch Wernicke stellte die Prognose für seine Motivitätspsychosen ja günstig.

Zum Schluß stellte Vortragender einen Fall vor, bei dem neben ausgesprochenen psychomotorischen Bewegungsstörungen Erscheinungen bestehen, die zweifellos als typisch manisch-depressiv im Kraepelin'schen Sinne an-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesprochen werden mußten. Er betonte, daß es zweckmäßig sei, solche Fälle vorläufig für sich zu rubrizieren. Der prinzipielle Unterschied zwischen der Kraepelin'schen und den anderen, besonders der Wernicke'schen Schule kommt dahin zur Geltung, das Kraepelin auf jeden Zusammenhang mit der Hirnpathologie und Hirnphysiologie verzichtet; so kommt es, daß Wilmanns nicht genügend würdigt, daß die manisch-depressiven Symptome ebensogut wie die katatonischen rein ein Produkt der Lokalisation sein können, wie das Beispiel der Paralyse für beide beweist. Autoreferat.

Pariser Neurologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Dezbr. 1908.

Referiert nach der Revue neurologique vom 30. Dezbr. von **M. Lewandowsky.**

Nathan: Cas de Paralysie Générale chez un musicien.

Ein Paralytiker, der von Beruf Musiker war, zeigt besonders tiefe Störungen in dem Gedächtnis für die Worte der klassischen Opern, die er als Repetitor vorher sehr genau kannte, auch die Erinnerung an die musikalischen Themen ist zum Teil verblaßt oder verloren gegangen.

H. Meige hat einen Kranken beobachtet, bei dem sich nach einer zuerst mit Aphasie verbundenen rechtsseitigen Lähmung alle Funktionen wieder herstellten, mit Ausnahme „de la mémoire des paroles adaptées aux airs musiciens". Er war also nicht aphatisch, konnte auch die Melodien singen, aber die dazu gehörigen Worte nicht finden, erkannte sie aber wieder, wenn sie ihm gesagt wurden. Das umgekehrte Verhalten also, als das mehrfach beobachtete, daß Worte nur im Zusammenhang mit der Melodie gefunden werden.

H. Claude et Cl. Vincent: Seconde présentation d'un cas de Myasthénie bulbo-spinale.

Der am 2. Juli 08 vorgestellte Kranke ist unter dem Einfluß von Nebennierenpulver wesentlich gebessert.

Sicard macht darauf aufmerksam, daß es Fälle von Myasthenie gibt, die in lange Remissionen, vielleicht in völlige Heilung ausgehen.

Dufour ist der gleichen Ansicht.

Long et Noica: Absence de Contracture et État insuffisant des Réflexes tendineux dans un cas d'Hémiplégie Cérébrale Infantile.

Infantile zerebrale Hemiplegie ohne Kontraktur und mit schwachen Sehnenreflexen.

Klippel et Pierre-Weil: Oedéme unilateral post-traumatique.

Nach einem Unfall (Sturz vom Kutscherbock) ohne Bewußtseinsverlust bietet ein 55jähriger kräftiger Mann zuerst die Zeichen einer Tetraplegie, dann einer Hemiplegie, ohne ausgesprochene Zeichen von seiten der Reflexe, ohne Fazialisparese. Die Pupille auf seiten der Hemiplegie etwas kleiner als die andere. Auf der hemiparetischen Seite bildet sich ein im Anfang sehr ausgesprochenes, auch zur Zeit der Demonstration, nach 2 Monaten, noch sehr

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deutliches Ödem. Zyanose der Finger mit glossy-skin. Verdickung und gesteigerte Desquamation der Haut der Hohlhand der betr. (linken) Seite. Ebenda Veränderungen der Gelenke. Keine Störungen der Sensibilität.

Vortr. halten die Affektion für eine organische durch eine Affektion der Vorderhörner des unteren Teils des Zervikalmarks.

Sicard: Lymphocytose rachidienne résiduelle chez les Hémiplégiques et les Paraplégiques Syphilitiques.

Vortr. hat bei syphilitischer Paraplegie niemals, und bei syphilitischer Hemiplegie nur in 2 Fällen durch die Hg-Behandlung die Lymphozytose schwinden sehen. Das Fortbestehen der Lymphozytose hat demnach nicht unbedingt ungünstige Bedeutung.

Raymond fragt, ob die Lymphozytose nicht der Erkrankung des Nervensystems vorangehe.

Sicard meint, daß nur ein Zufall die Frage entscheiden könne, er selbst hätte noch keine Gelegenheit gehabt, einen späteren syphilitischen Hemiplegiker oder Paraplegiker vorher zu punktieren.

F. Rose et Lemaître: Méningite cranienne spécifique. Tabes?

Vorstellung des Falles.

Dupré et Lhermite: Deux cas de Myosclérose atrophique rétractile sénile avec autopsie.

Erscheint in der Iconographie.

Dupré et Monier-Vinard: Amyotrophie myélopathique scapulobrachiale (type Vulpian).

52jähriger Mann, bei dem die Krankheit erst seit kurzer Zeit besteht. Progressive Amyotrophie, die in den Schultern beiderseits beginnt und einerseits nach dem Halse zu, andererseits nach den Gliedenden zu fortschreitet. Entartungsreaktion in den degenerierten Muskeln. Unerregbarkeit des Plexus brachialis und des Radialis für den galvanischen Strom. Fehlen aller Zeichen einer Pyramidenläsion. Es handelt sich nicht um eine Amyotrophie vom Typus Landouzy-Dejerine, sondern in Anbetracht des isolierten nicht familiären Auftretens, der späten Entstehung und hauptsächlich der Entartungsreaktion, um eine spinale Form der Atrophie, die zuerst von Vulpian unter dem Namen der skapulohumeralen Atrophie beschrieben worden ist.

H. Dufour et Cottenot: Tabes et grossesse.

Das unstillbare Erbrechen der Schwangeren kann durch Magenkrisen bei bestehender Tabes vorgetäuscht werden. Die Schwangerschaft kann diese Krisis bei Tabischen auslösen, die außerhalb der Schwangerschaft frei davon sind.

Laignel-Lavastine et Glénard: Hémiplegie droite et „aphasie motrice pure“ hystériques.

Noica: Sur l'importance des Réflexes Osseux dans l'étude de la physiologie de la Moelle. La théorie de Hitzig sur le mécanisme des Mouvements associés.

Es gibt an jedem Glied 3 Knochenreflexe, für die obere Extremität: Von dem Processus styloideus radii Beugung des Unterarms, von dem Processus

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

styloideus ulnae: Pronation und Faustschluß, von dem inneren Rand des Schulterblatts: Beugung des Arms nach vorn und innen. Für die untere Extremität: Von der Crista iliaca: Streckung des Oberschenkels, von der Tibiakante: Streckung des Knies und Adduktion, von dem Malleolus externus: Plantarflexion des Fußes. Die gesteigerten Knochenreflexe setzen sich immer aus diesen drei Grundformen zusammen. Die Summe dieser drei Reflexe ist nach Vortr. die Grundform der wichtigsten willkürlichen Bewegungen, für die obere Extremität des Fassens und Zummundeführens eines Gegenstandes, für die untere Extremität der Bewegung beim Gehen, wenn der Schwerpunkt des Körpers auf die Spitze des Fußes verlegt werden soll.

Brissaud, Gougerot et Gy: Insuffisance Endocrinienne Thyroido-testiculaire.

Nach einer fieberhaften Erkrankung unbestimmter Art stellt sich allmählich bei einem damals 48-, jetzt 52jährigen Mann eine ganz allmählich zunehmende motorische Schwäche ein, bei subjektiv gutem Allgemeinbefinden, aber erheblicher Körpergewichtsabnahme. Anfangs Polydipsie, die bald verschwindet. Sehr bald völliges Erlöschen der Genitalfunktionen. Die Haut wird gelb und trocken. Bart- und Achselhaare fallen aus. Objektiv findet sich außerdem eine weitgehende Atrophie der Testikel. Die Schilddrüse ist nicht zu fühlen. Kein Zeichen von Myxödem.

H. Claude hat einen genau gleichen Fall beschrieben. Er spricht von Syndromen „d'insuffisance pluriglandulaire".

Souques: Tumenurs cérébrales frustes (forme hémiplégique).

Erscheint als Orginalartikel.

Marbé: Le Réflexe Plantaire paradoxal.

Vortr. unterscheidet zwischen dem Plantar- und dem Dorsalreflex der Zehen noch einen intermediären.

III. Bibliographie.

W. Brügelmann: Die Migräne. (Hemicrania), ihre Entstehung, ihr Wesen und ihre Behandlung resp. Heilung. 52 S. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1909.

Verfasser, der bekanntlich durch seine Asthma-Theorie seinerzeit Aufsehen erregte, betrachtet die Migräne als eine Schwesterkrankheit dieses Leidens, sowie der Urticaria. Zur Begründung dieser Behauptung stellt er folgende eigenartigen Betrachtungen an. Er geht aus von der Annahme, daß Asthma, d. i. ein Brustkrampf durch Alteration des Respirationszentrums zustande komme, und zwar entweder a) durch ein somatisches oder psychisches Trauma des Zentralorgans, oder b) durch einen Reflex, von den verschiedensten Teilen des Körpers

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ausgelöst und auf das Zentrum übertragen oder c) durch eine toxische Wirkung des Blutes, ebenfalls auf das Zentrum übertragen, und folgert nun weiter, daß, wenn die drei angeführten Reize ein widerstandsfähiges Respirationszentrum träfen, sie an diesem abprallten und selbstredend auf ein anderes Zentrum übergingen, das weniger widerstandsfähig wäre, und dann z. B. das vasomotorische Zentrum oder das der sensitiven Sphäre der grauen Hirnrinde (Pia und Dura mater) auslösten; im ersteren Falle entstünde Urticaria, im letzteren Migräne. Dementsprechend verwirft Verfasser die üblichen Unterscheidungsformen der Migräne, die meinen umfangreichen Erfahrungen nach mir doch ganz berechtigt erschienen, und stellt drei Typen dieser Krankheit auf: die Hemicrania gastrica, die Hemicrania reflectoria und die Hemicrania hysterica. Bei der ersten Form, die dem typischen Krankheitsbilde entspricht, das wir allgemein als Migräne bezeichnen, spielen Intoxikationen des Blutes, Magen- und Darmleiden, Idiosynkrasien, nervöse Dyspepsie ätiologisch eine Rolle. Dementsprechend besteht die Behandlung dieser Form in Zwerchfellmassage, Anwendung des Termophors, Abführmitteln, Desinfektion des Darmes (empfehlenswert Salizylsäure, Pankreon, Yoghurt) usw. Morphium ist nur im Notfall zu geben; dagegen wirkungsvoll eine Tasse heißen Kamillentees mit 8—10 Tropfen Tinct. opii. Bei der reflektorischen Form der Migräne kommen als ursächliches Moment in Betracht Reize in den verschiedensten Nervengebieten (wie beim Asthma), besonders im N. olfactorius, acusticus und opticus, dann auch trigeminus, lacrymalis, ethmoidalis usw. Hier äußern sich die Migräneanfälle unter einem ganz anderen Bilde. Es ist kein periodisch auftretender Schmerz, wie bei der gastrischen Migräne, sondern ein permanenter, lokalisierter Kopfschmerz, der nicht so intensiv wie bei jener Form, aber doch konstant vorhanden ist und den Kranken tage-, ja wochen- und monatelang nicht verläßt; er pflegt täglich zu bestimmten Zeiten anzusteigen, auch bisweilen zu intensiverem Schmerz, der aber nur wenige Stunden anhält. Hier wirft Verfasser meines Erachtens den habituellen Kopfschmerz, der zugestandenermaßen aus den oben angegebenen Ursachen hervorgehen, aber ebensogut neurasthenischer Natur sein kann, in einen Topf mit der Migräne zusammen. Das Krankheitsbild, das er hier entwirft, ist eben keine Migräne; daß gelegentlich auf solchem Reflexwege Kopfschmerzen migräneartigen Charakters entstehen können, will ich nicht in Abrede stellen, dann äußern sie sich aber meiner Ansicht nach ähnlich wie die gastrische Migräne. Die Behandlung besteht, kurz gesagt, in lokalem Aufsuchen der Reizpunkte und Eliminierung derselben. Noch mehr als der zweiten Form muß ich der dritten, der hysterischen, ihre wissenschaftliche Berechtigung absprechen. Verfasser hält diese Migräneanfälle für identisch mit den hysterischen Krämpfen. „Ebenso wie durch auf psychischem Wege erzeugte Zirkulationsstörungen Krämpfe in allen möglichen Gebieten entstehen können, können solche erst recht in der Dura et Pia mater austoben und so eine regelrechte Migräne darstellen“ — ein für mich nicht recht verständlicher Satz. Bei der Behandlung der hysterischen Migräne feiert die Suggestionstherapie, bekanntlich das Spezialgebiet des Verfassers, große Erfolge.

Seiner Theorie zuliebe zwingt Brügelmann in das Krankheitsbild der Migräne manches hinein, was nicht dazu gehört. Im Gegenteil, unser Bestreben muß dahin gehen, dasselbe mehr und mehr einzuengen; nur auf solche Weise wird es möglich sein, das Wesen dieser bis dahin unaufgeklärten Krankheit zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ergründen. Auch hat Verfasser das Verhältnis der Migräne zur Epilepsie, das doch so offenkundig ist, mit keinem Worte berührt. Dessen ungeachtet bietet die Lektüre des vorliegenden Werkchens manche Anregung.

Buschan (Stettin).

C. Lombroso: Über die Entstehungsweise und Eigenart des Genies. Deutsch von Dr. E. Jentsch. Schmidt's Jahrbücher der gesamten Medizin. Bd. CCXCIV. S. 125.

Jentsch hat sich der sehr verdienstvollen Aufgabe unterzogen, Lombrosos Gedanken über das Genie ins Deutsche zu übertragen. Mag man über Lombroso's Art denken, wie man will, stets wird man wenigstens anerkennen müssen, wieviel Anregung er uns gegeben hat, über das Wesen des Genies nachzudenken. Es ist unmöglich, auf die vorliegende Arbeit an dieser Stelle ausführlich einzugehen; ich will nur einige meiner Haupteinwände gegen Lombroso andeuten.

Überall vermisse ich eine scharfe Definition des Genies. Lombroso scheint jede höhere Begabung genial zu nennen; dies widerspricht aber dem Sprachgebrauch, dem historisch gewordenen Begriffe. Nur durch soziologische Forschung kann man an den Geniebegriff herankommen. Wie ist man dazu gelangt, einen bestimmten Menschen ein Genie zu nennen? Und hält diese Benennung unserem jetzigen, höheren, wissenschaftlichen Begriffe des Genies stand? So sollte die Fragestellung jedesmal lauten.

Lombroso's Theorie, es handle sich beim Genie um eine Neurose, deren hauptsächlichste Formen mit der epileptischen Anlage in Verbindung zu bringen seien, ist bekannt; sie erscheint mir auch in der vorliegenden Darstellung als künstlich und konstruiert. Damit soll gewiß nicht der Tatsache widersprochen werden, daß die meisten Genies in psychiatrischem Sinne wirklich Kranke gewesen sind. Aber man darf nicht in den schweren Irrtum verfallen, als ob „Genie" ein einheitlicher Begriff wäre, als ob es sich beim Genie immer um dieselbe Neurose handle. Man sollte hier zunächst einmal „psychisch-abnorm" und „geisteskrank" klar und reinlich voneinander trennen und späterhin immer feiner differenzieren.

Lombroso's aphoristische Methode der Darstellung schadet der Ausbreitung seiner Ideen sicherlich; denn der Leser behält kein einfaches, zusammenhängendes, übersichtliches Bild seiner Gedanken zurück. Lange (Tübingen).

J. Joteyko et M. Stefanowska: Psycho-Physiologie de la Douleur. Paris 1909, Felix Alcan, Editeur. 245 S.

Das Buch enthält außer eigenen Versuchen der Verfasserinnen eine eingehende Zusammenfassung dessen, was wir über die Schmerzempfindung wissen. Nach einleitenden Kapiteln werden die klinischen Formen des Schmerzes und die Ursachen, die ihn hervorrufen können, besprochen. Zur experimentellen Erzeugung sind die mechanischen Methoden zu bevorzugen.

Die Verfasserinnen bedienten sich zu ihren Versuchen des Algesimeters von Cheron, das die Tiefe des Eindringens einer Spitze in die Haut angibt und gleichzeitig gestattet, den Druck abzulesen, mit dem das geschah. Sie konnten beträchtliche persönliche Unterschiede in der Verteilung der Schmerzempfindlichkeit feststellen und fanden eine verhältnismäßig große Unabhängigkeit von der Dicke der Haut. Muskelkraft, Berührungsempfindlichkeit, sowie die meisten

Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

anderen Funktionen sind bekanntlich bei Rechtshändern auf der rechten Körperhälfte besser entwickelt als an der linken, umgekehrt verhält es sich bei Linkshändern. Um so interessanter ist ein Ergebnis dieser Versuche. Bei Rechtshändern wie bei Linkshändern (es waren der letzteren 14 unter ihren 52 Versuchspersonen) zeigte sich die rechte Seite weniger schmerzempfindlich als die linke. Hieraus schließen die Verfasserinnen auf das Bestehen eines besonderen Hemisphärenzentrums für die Schmerzempfindung und treten lebhaft für die Annahme spezifischer Schmerznerven ein.

Unter dem Einfluß geistiger Ermüdung sinkt, wie die Verfasserinnen nachprüften, die Schwelle der Schmerzempfindlichkeit, die Schwelle für Berührungen steigt; in der Narkose erlischt die Schmerzempfindlichkeit zuerst; bei hysterischen und anderen krankhaften Zuständen ist nicht selten diese allein an bestimmten Körperteilen geschwunden oder allein erhalten. All diese Dinge belegen die spezifische Energie der schmerzempfindenden Nerven. Getreu diesem Standpunkte wird auch der durch starke Reizung der höheren Sinnesorgane entstehende Schmerz auf eine Beimischung schmerzempfindender Fasern zu den eigentlichen Sinnesnerven zurückgeführt.

Die Begleiterscheinungen schmerzhafter Erregungen in Kreislauf und Atmung, ihr Ausdruck in der Mimik werden weiterhin dargestellt, und die gesetzmäßigen Verschiedenheiten der Empfindlichkeit nach Alter, Geschlecht, Rasse usw. hervorgehoben. Im allgemeinen, am deutlichsten bei den Tieren, doch wohl auch beim Menschen, entspricht die Höhe der Schmerzempfindlichkeit der Entwicklung der Intelligenz.

Gestützt auf die geraume Zeit, welche die Schmerzerregung beansprucht, das Ansteigen dieser Empfindung mit der Dauer des Reizes und ihr Ausstrahlen in die Umgebung, stellt Joteyko die Hypothese auf, daß wir es hier mit einer Vergiftung der Nervenendigungen zu tun haben. Dies geschieht durch schmerzerregende Toxine, die sich bei starken Reizungen, sei es durch mechanische Eingriffe, durch Wärme, Kälte oder dergleichen, bilden.

Nach Berücksichtigung einiger psychologischer und physiologischer Eigentümlichkeiten des Schmerzes, wie die Verlegung an das periphere Nervenende, die Synalgie u. a. m., schließt das Buch mit einem Hinweis auf die wichtige Rolle dieser Empfindung für den Organismus. Sie warnt nicht nur vor einwirkenden Schädlichkeiten, sondern veranlaßt uns, da sie unangenehm ist, zugleich, ihnen von vornherein aus dem Wege zu gehen.

Einige Kapitel des Buches, z. B. Kapitel 13, das die Schmerzdarstellung in Dante's Inferno beschreibt, sind zwar dankenswert, da sie anregend zu lesen sind, doch scheinen sie nicht recht geeignet, unsere Kenntnis der Psychophysiologie des Schmerzes wesentlich zu fördern. Im übrigen ist das Buch auch dort, wo man nicht durchaus mit ihm übereinstimmt, wie etwa bei der Hypothese der Schmerzentstehung nur durch chemische Vorgänge, stets interessant und viel zu reichhaltig, als daß hier mehr denn einige Bruchstücke seines Inhaltes aufgezeigt werden könnten. Busch (Tübingen).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Referate und Kritiken.

Therapeutisches.

Haymann: Neuere Brompräparate in der Epilepsiebehandlung.
(Med. Klinik 1908, Nr. 50.)

In dem Vortrage, den H. auf der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte hielt, läßt er die zahlreichen, zum Ersatz der Bromalkalien herangezogenen Brompräparate kurz Revue passieren mit dem Resultate, daß sie meist die in sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllten, andernfalls aber für allgemeine Anwendung zu teuer waren. Dann aber teilt er die ausgedehnten, in der Freiburger Psychiatrischen Klinik gewonnenen Erfahrungen über Sabromin mit, das in Tabletten (3×2, bis höchstens 3×3 pro die) ohne störende Nebenwirkungen sich sehr gut bewährte. Eine Grenze ist dem Mittel dadurch gesetzt, daß es langsam wirkt, also da versagt, wo eine schnelle Reaktion erzielt werden soll.

Liebetrau (Hagen i. W.).

H. v. Wyß (Zürich): Über die therapeutische Anwendung der Bromsalze auf experimenteller Grundlage.
(Mediz. Klinik 1908, Nr. 47.)

Die äußerst anregende Arbeit aus der Eichhorst'schen Klinik füllt eine Lücke aus, die bisher zweifellos in der exakten Beurteilung der empirisch festgestellten Heilwirkung des Broms bestand. Verfasser suchte experimentell den Mechanismus dieser Wirkung aufzuklären. Zunächst trat er der Frage näher, worauf die schon länger sichergestellte Retention der Bromsalze im Organismus beruhe. Wie in allen Sekreten wird das Brom auch auf den Darm ausgeschieden, von wo dann wieder eine teilweise Resorption stattfindet, so daß ein Bromkreislauf existiert, der aber die großen Differenzen zwischen Ein- und Ausfuhr nicht erklärt. Eine Bindung des Broms an lebendes Protoplasma konnte nicht erwiesen werden, auch nicht an das des Zentralnervensystems: vielmehr kreist es im Blute, und zwar in Form freier Ionen, nicht etwa an die Blutelemente gekettet. Die Retention ist nun auf verlangsamte Elimination durch den Harn zurückzuführen, und diese geht der Diurese parallel: sie geschieht nicht aktiv durch das Nierenparenchym, sondern ist ein passiver Vorgang. Und hierin unterscheidet sich das Brom prinzipiell von den anderen Halogenen Jod und Chlor, die bei gesteigerter Konzentration prompt ausgeschieden werden. Durch die Retention entsteht eine gesteigerte Salzkonzentration im Blute, die durch vermehrte Chlorausscheidung paralysiert wird; es findet aber kein chemischer Austausch der Brom- gegen die Chlor-Ionen statt, vielmehr handelt es sich lediglich um physikalische Vorgänge; die vermehrte Ausscheidung des Broms durch große Kochsalzdosen ist indirekt durch vermehrten Durst und größere Flüssigkeitsaufnahme zu erklären. Mit hohen Bromgaben vergiftete v. W. Kaninchen und führt die Vergiftungserscheinungen auf die Unterchlorierung des Organismus zurück; noch in extremis konnten die Tiere durch subkutane Injektion von Chlorsalzlösungen gerettet werden. Das wesentliche therapeutische Moment ist offenbar auch die Chlorverminderung im Blute. Auf Grund dieser Tatsache wägt Verfasser die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorteile der beiden wichtigsten Heilmittel: Brom und kochsalzarme Diät ab. Im allgemeinen ist die Brombehandlung zu bevorzugen, wird aber zweckmäßig mit salzarmer Kost vereinigt. Dem Werte des Broms als Schlafmittel und Sedativum bei Neurasthenikern steht der Autor sehr skeptisch gegenüber; die Wirkung neuerer Mittel, wie Bromural, schiebt er nicht auf den Bromgehalt, sondern auf die übrigen Bestandteile. Liebetrau (Hagen i. W.).

Westheimer (Berlin): Die Sanatogentherapie bei Erkrankungen des Nervensystems.

(Mediz. Klinik 1908, Nr. 47.)

W. teilt seine sich im ganzen über 150 Patienten erstreckenden Erfahrungen mit Sanatogenverabreichung bei Nervenkranken mit, die er teils in der Mendelschen Klinik, teils in der Privatpraxis sammelte. Er sah in einer großen Zahl von Neurosen (Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie) bei Morbus Basedow, bei organischen Erkrankungen (Lues cerebri, multiple Sklerose usw.) vorzügliche Erfolge in bezug auf Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes und des subjektiven Wohlbefindens. Auch bei Entziehungskuren von Alkoholisten und Morphinisten leistete Sanatogen dem Verfasser sehr gute Dienste. Allgemein wurde das Mittel anstandslos (auch von Kindern) vertragen. W. macht noch darauf aufmerksam, daß es nicht sogleich mit heißen Flüssigkeiten zusammengebracht werden darf, sondern erst kalt angerührt werden muß. (Wenn man auch nicht an der Tüchtigkeit des Sanatogen zweifelt, scheint diese in W.'s Ausführungen etwas zu günstig beurteilt zu sein zuungunsten der übrigen Heilfaktoren, die naturgemäß in allen Fällen angewandt wurden. — Ref.).

Liebetrau (Hagen i. W.).

G. Flatau (Berlin): Über Verwendung von Sauerstoffbädern (Sarasons Ozetbädern) bei der Behandlung von Neurosen.

(Mediz. Klinik 1908, Nr. 47.)

Fl. wendete in einer Reihe von Fällen bei Neurasthenie mit gutem Erfolg die Sauerstoffbäder an. Insbesondere wurde Schlaflosigkeit meist wirksam behoben, nachdem teilweise längere Zeit chemische Hypnotika mit geringem Effekt genommen worden waren. Bisweilen trat erst nach mehreren Bädern die erwünschte Wirkung ein. Die Verabreichung soll nicht kurz vor dem Zubettgehen geschehen; die Dauer soll ungefähr $^1/_4$ Stunde, die Temperatur 28° R. betragen. (Leider ist der Preis für allgemeine Verwendung zu hoch. — Ref.)

Liebetrau (Hagen i. W.).

Eulenburg (Berlin): Über Sabromin.

(Mediz. Klinik 1908, Nr. 45.)

Im Anschluß an den Artikel über das von v. Mering eingeführte Sabromin in Nr. 38 der Med. Kl. teilt E. seine sich bisher auf 14 Krankheitsfälle erstreckenden Erfahrungen über das Mittel mit. Er verwendete es in Form der Tabletten zu 0,5 g (mit 30 % Bromgehalt) in Einzeldosen von 0,5—1, und Tagesdosen bis 3 g (6 Tabletten) 1 Stunde nach der Mahlzeit, und sah gute palliative Wirkung bei Fällen von Epilepsie, die -teilweise gegen andere Brom präparate sich refraktär verhalten hatten, ferner bei Neurasthenie, Angstzuständen, Depressionen, Sexualneurasthenie. 20 Tabletten stellen sich auf ungefähr 1,35 M., so daß die Medikation pro Tag gegen 40 Pf. kostet.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Lipowski (Bromberg): Wesen und Bedeutung der künstlichen Nährmittel.
(Mediz. Klinik 1908, Nr. 50.)

Der Artikel behandelt ein auch für den Neurologen wichtiges Thema. Er bespricht den Nährwert, die Bekömmlichkeit, den Geschmack, die Möglichkeit der Einverleibung und den Preis der Nährpräparate. Bekömmlich sind sie meistens, irgendwelchen Vorzug bezüglich des Geschmackes haben sie nicht, im Gegenteil können sie sich darin mit den natürlichen Mitteln nicht messen. Einzelne lassen sich nicht in jeder Form anwenden, z. B. Sanatogen beim Kochen wegen seiner leichten Zersetzlichkeit. Vor allem sind sie alle gegenüber den täglichen Nahrungsstoffen wesentlich teurer, beispielsweise ist Somatose 35 mal teuerer als Milch. Deshalb sollen Nährpräparate nur da Anwendung finden, wo die natürlichen Mittel nicht in genügender Menge zugeführt werden können, wie in langdauernden Fiebern und in consumptiven Krankheiten, bei Erkrankungen des Magendarmkanals. Je besser die Küche ärztlich beraten wird, desto mehr kommt man ohne Kunstmittel aus. Liebetrau (Hagen i. W.).

Organische Erkrankungen des Nervensystems.

R. Dorfmann: Über Pathogenese und Therapie des Turmschädels.
(Von Graefes Archiv für Ophthalmologie, Bd. LXVIII, Heft 3, 1908, P. 412.)

Auf Grund der Literatur sowie eigener Beobachtungen an der Schädelsammlung der Wiener Institute und an drei Kranken kommt Dorfmann zu dem Schluß, daß der Turmschädel durch gewisse immer wiederkehrende Knochenveränderungen bedingt ist, die in vorzeitigen Nahtverknöcherungen bestehen. Vor allem werden die Sutura coronaria und sagittalis, sowie die Orbitalnähte betroffen, es können aber auch zahlreiche andere, kleinere Nähte in Betracht kommen. Diese Synostosen beeinträchtigen die vollständige Ausbildung der Knochen, infolgedessen ist eine normale Ausweitung des Schädels im Verlaufe des Hirnwachstums unmöglich. Es muß ständig ein etwas erhöhter Druck in der Schädelhöhle herrschen, und dieser hat wieder andere Erscheinungen zur Folge. Zunächst wird das Hindernis, das dem wachsenden Gehirn entgegengestellt wird, dadurch zu beseitigen gesucht, daß sich der Schädel in den Teilen, die keine Synostosen aufweisen, mächtig erweitert, so daß also der Raummangel auf Kosten der Form beseitigt wird. An den Stellen, wo der Knochen zu schwach ist, um genügend Widerstand zu leisten, kommt es zu Ausbuchtungen, so an der mittleren und vorderen Schädelgrube, ja es können sich sogar Nahtsprengungen und Druckerscheinungen an den Knochen einstellen. Trotzdem also der Druck ständig etwas erhöht ist, kommt es im allgemeinen nicht zu stürmischen Drucksteigerungssymptomen, da meistens bei dem langsamen Wachstum des Gehirns die Kompensation ausreichend ist. Es genügt schon dieses ständige Plus von intrakraniellem Druck, um bei den meisten Fällen von Turmschädel eine Papillitis mit nachfolgender Opticusatrophie herbeizuführen. Es liegt dies daran, daß das Auftreten einer solchen noch durch verschiedene Momente begünstigt wird. Einerseits sind nämlich Chiasma, Nervus opticus und Umgebung dem Druck des wachsenden Gehirns besonders ausgesetzt, andererseits kommt es dadurch, daß die Sella turcica in ihrer Lage bleibt und nicht an der Vertiefung, wie die Schädelgruben, teilnimmt, zu einer Abflachung des Sulcus chiasmatis und zu einer Verengerung des Canalis opticus.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von den mitgeteilten drei Fällen litt einer an stürmischen Hirndruckerscheinungen, die in beständigen heftigen Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit sowie ausgesprochener beiderseitiger Stauungspapille bestanden. Es wurde daher zur Trepanation geschritten, die einen guten Erfolg hatte. In den beiden anderen Fällen bestand ausgesprochene Opticusatrophie neuritischen Charakters. Dorfmann empfiehlt in allen Fällen von Turmschädel, auch ohne stürmische Hirndruckerscheinungen, die Trepanation vorzunehmen, da hierdurch allein das bedrohte Sehvermögen wenigstens etwas erhalten werden kann. Wenn allerdings schon Opticusatrophie eingetreten ist, hat die Operation nur noch bei anderen Druckerscheinungen Berechtigung. Bei allen drei Fällen war mit Hilfe der Röntgenstrahlen die Schädelveränderung deutlich zu sehen, besonders schön auch, wie aus den beigegebenen Photographien ersichtlich, die Druckerscheinungen an den Schädelknochen in Form ausgeprägter Impressionen. Bezüglich der Genese steht Verfasser auf dem Virchow'schen Standpunkt, der die Ursache in einem kongestiven Zustand sucht. Rachitis kommt als Ätiologie nicht in Betracht.

C. Brons (Dortmund).

G. Anton: Dementia choreo-asthenica mit juveniler knotiger Hyperplasie der Leber.

(Münch. med. Wochenschr. 1908, S. 2369.)

Bei einem mit Zeichen von Lues geborenen, 14 Jahre alten, körperlich zuückgebliebenen Mädchen hatten sich vom zweiten Schuljahre ab allmählich zunehmende geistige Schwäche und Chorea entwickelt. Schon immer, besonders bei Bewegungen vorhandenes müdes, mattes Wesen steigerte sich zu großer körperlicher und geistiger Ermüdbarkeit. Es bestand Diabetes (5 % Sacch.). Gegen Ende des Lebens Krämpfe. Unter Wiederholung der Krämpfe erfolgte der Tod. Bei der Sektion fand sich im wesentlichen ein erweichtes Gumma der linken oberen Stirnwindung, eine partielle, auf beiden Seiten fast symmetrische Linsenkernerweichung, Wandverdickung der Gefäße, besonders im Stirnhirn, Verschmälerung der Brückenarme, Atrophie des Pons. Im Kleinhirn waren kleine nekrotische Stellen. Die Leber zeigte den Befund der sogenannten juvenilen, knotigen, hypertrophischen Lebercirrhose. Pankreas auffallend groß, rechte Nebenniere im unteren Drittel stark atrophisch.

Ein klinisch und anatomisch ganz ähnlicher, von Sommer beobachteter Fall wird kurz angeführt, auf drei ähnliche Fälle von Homén (Arch. f. Psych. u. Nervenkr., Bd. XXIV) wird hingewiesen. Möglicherweise bestehen Beziehungen zwischen den Hirnveränderungen und der Lebererkrankung (Stoffwechselstörung).

Vielleicht handelt es sich um eine typische Gehirnerkrankung, welche gleichzeitig die eigenartige Leberveränderung der sogenannten juvenilen Cirrhose mit knotiger Hyperplasie aufweist. Es wäre dann der Name Dementia choreo-asthenica geeignet.

Wickel (Obrawalde).

M. Lewandowsky und E. Stadelmann: Über einen bemerkenswerten Fall von Hirnblutung und über Rechenstörungen bei Herderkrankung des Gehirns.

(Journal für Psychologie und Neurologie, Band XI, Leipzig 1908.)

Ein 27jähriger, bisher gesunder Mann erkrankte mit Kopfschmerzen und Sehstörung, wurde benommen, bettlägerig, erbrach. Die Pupillen reagierten; Stauungspapille beiderseits. Durch Lumbalpunktion wurden 12 ccm Spinal-

Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

flüssigkeit entleert. Dieselbe war klar, stand jedoch bei Beginn der Punktion unter sehr hohem Druck. Da eine rechtsseitige Facialisparese konstatiert wurde und die Somnolenz sehr groß war, nahm man auf der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Friedrichshain in Berlin die Neißer'sche Hirnpunktion vor, stach die Nadel hinter und über der linken Ohrmuschel $3^1/_2$ cm tief in den linken Occipitallappen ein und konnte 60 ccm schokoladenbraunes Blut entleeren, welches unter starkem Druck gestanden hatte. Zwei Tage nach der Punktion klares Sensorium, keine Kopfschmerzen. Hemianopsie nach rechts. Drei Wochen nach der Operation geheilt entlassen. Sechs Monate später Wohlbefinden, nur noch geringe Hemiamblyopie nach rechts. Ohne die Neißer'sche Punktion wäre der letale Ausgang ganz sicher gewesen.

In der Rekonvaleszenz haben nur die Verfasser noch eine Rechenstörung bei dem Patienten bemerkt, die sich ebenfalls wieder zurückgebildet hat. Diese Rechenstörung konnte weder mit einer allgemeinen Intelligenzstörung noch mit einer Sprachstörung in Beziehung gebracht werden. Sie war gekennzeichnet durch eine allgemeine sehr verlangsamte und erschwerte Findung der Resultate, durch häufige Fehler und durch Versagen. Diese Fehler erklären sich durch eine mangelhafte Merkfähigkeit für Zahlen, durch Haftenbleiben an einzelnen Zahlen und Entschwinden anderer. Die Verfasser halten es für möglich, daß diese Rechenstörung mit der Störung der optischen Reproduktion von Zahlen, die bei dem Kranken beobachtet wurde, zusammenhing, wenn ihm das auch nicht bewußt war. Vielleicht waren nicht nur die Störungen der optischen Reproduktion, sondern auch die Rechenstörungen auf die Erkrankung des linken Occipitallappens als Herdsymptom zu beziehen. G. Ilberg.

W. G. Sym: A case of partial ptosis with exaggerated involuntary movement of the affected eyelid; the „jaw-winking" phenomenon.

(Review of Neurol. and Psychiatry, Bd. VI., Nr. 6, 1908.)

Verfasser beobachtete bei einer sonst gesunden Frau eine partielle Ptosis des linken Oberlides; öffnet die Patientin beim Kauen oder Singen den Mund, so schnellte das herabhängende Lid in die Höhe, so daß die Sklera mehrere Millimeter über dem oberen Cornealrande freilag. Abraham.

C. Heß: Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie des Pupillenspiels.

(Archiv für Augenheilkunde LX, 4, P. 327, 1908.)

Die Abhandlung von Heß bildet die Fortsetzung früherer Arbeiten über die Ausdehnung des pupillomotorisch wirksamen Bezirkes der Netzhaut und über die pupillomotorischen Aufnahmeorgane (Archiv für Augenheilkunde LVIII, 2 und 3, S. 182, 1907). Der Autor faßt aber diesmal die gesamte Physiologie und Pathologie des Pupillenspiels in den Kreis seiner Untersuchungen. Nach Erläuterung seiner Methoden, die teilweise zur Neukonstruktion sinnreicher Apparate führten, bespricht er die einzelnen Ergebnisse näher. Bezüglich der motorischen Erregbarkeit der Foveamitte und ihrer Umgebung für Reizlichter von größerer Lichtstärke fand er, daß in seinem hell- bzw. kurz dunkeladaptierten Auge schon in einem Abstande von weniger als 0,4 mm (einige Male schon sogar von weniger als 0,3 mm) von der Foveamitte die Netzhaut im wagerechten und im senkrechten Durchmesser motorisch deutlich weniger erregbar ist, als in der Foveamitte selbst. Daraus geht hervor, daß schon inner-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

halb der Fovea selbst, die ja nach Koster ca. 0,8 mm Durchmesser hat, unter den oben genannten Bedingungen die motorische Erregbarkeit von der Foveamitte nach der Peripherie zu deutlich abnimmt. Durch weitere Untersuchungen ergab sich die höchst überraschende Tatsache, daß diese Abnahme nicht gleichmäßig von der Foveamitte nach den Seitenteilen der Netzhaut hin stattfindet, sondern daß sie nach der temporalen Seite hin wesentlich rascher erfolgt, als nach der nasalen. Also im ganzen in ähnlicher Weise wie die Fähigkeit der Wahrnehmung von Rot und Grün, oder von Blau und Gelb. Diese Tatsache ist für die Praxis, besonders bei Prüfung auf hemiopische Pupillenreaktion, von großer Wichtigkeit. Die Netzhautpartien in der Umgebung der Papille sind für solche Lichtstärken, wie sie bei den einschlägigen klinischen Untersuchungen gebraucht werden, nicht nachweislich motorisch erregbar. Dabei ist aber zu beachten, daß auch solche Reizlichter, deren Bilder vollständig auf den blinden Fleck fallen, mithin keine Pupillenreaktion auslösen, doch zu einer solchen Veranlassung geben können, wenn sie eine Zunahme ihrer Lichtstärke erfahren. Die Reaktion kommt dann unter dem Einfluß der Zunahme des Zerstreuungslichtes zustande. Zwischen der optischen und motorischen Erregbarkeit sind in bezug auf den Adaptationszustand des Auges weitgehende Übereinstimmung vorhanden. Der stäbchenfreie foveale Bezirk der Netzhaut besitzt eine deutliche motorische Dunkeladaptation, ebenso wie er auch für die optische Erregbarkeit einer solchen fähig ist. Ferner ist auch die Fovea des dunkeladaptierten Auges insbesondere für kurzwellige, genügend schwache Reizlichter motorisch weniger erregbar, als die benachbarten stäbchenhaltigen, genau so wie einem dunkeladaptierten Auge ein foveal abgebildetes rotes Licht heller erscheint als ein blaues, das seinerseits wieder extrafoveal heller aussieht.

Von großer Bedeutung ist die Nutzanwendung dieser Tatsachen auf die praktische Pupillenuntersuchung, hauptsächlich bei pathologischen Zuständen des Auges, wie Amaurose, absolutes zentrales Skotom und Hemianopsie. Gerade bei solchen Untersuchungen ist besonders darauf zu achten, daß Prüfung auf Sehschärfe und Pupillenreaktion stets unter den gleichen Bedingungen, besonders in bezug auf die Adaptation, ausgeführt werden; ferner muß auch die Lichtstärke, der Abstand und der Einfallswinkel des Reizlichtes genau gleich sein, wenn man z. B. beide Netzhauthälften miteinander vergleichen will. Bei zentralem Skotom kann nach Heß die Pupillenreaktion für die gewöhnlich benutzten Lichtstärken schon nahezu völlig fehlen, wenn innerhalb eines mittleren Netzhautbezirkes von ca. $4 \times 2{,}5$ mm Durchmesser eine vom Tageslicht belichtete kleine weiße Scheibe unsichtbar ist. Die Untersuchungen auf hemiopische Pupillenreaktion sind bisher nicht einwandsfrei gewesen, weil den Anforderungen an gleichmäßige Lichtstärke, gleichen Einfallswinkel usw., besonders aber der von Heß gefundenen Tatsache der verschiedenen Erregbarkeit gerade der temporalen und nasalen Netzhautteile nicht Rechnung getragen wurde. Heß hat deshalb einen neuen, klinisch brauchbaren Apparat konstruiert, der sich auch noch von seinem früher angegebenen sog. Pupillenperimeter vorteilhaft unterscheidet.

Zum Schluß geht Heß näher ein auf die Frage des motorischen Empfängers und seine Beziehungen zum Zentralorgan. Er hat nachgewiesen, daß die bis heute herrschende Ansicht, daß der motorische Empfänger in der Netzhaut von dem optischen verschieden und räumlich getrennt sei, irrig ist. Vielmehr muß man beide in den Außengliedern der Sehepithelien suchen. Nunmehr muß auch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Annahme an Wahrscheinlichkeit gewinnen, daß die dem Pupillenspiel dienenden und die zu optischen Wahrnehmungen führenden Regungen nicht, wie allgemein geglaubt wird, durch verschiedene, sondern auf mehr oder weniger weite Strecken durch eine und die gleiche Nervenfaser vermittelt werden, und daß erst in einer mehr zentral gelegenen Stelle die Trennung erfolgt, die den motorisch wirksamen Ast zum Pupillenzentrum führt. Auch den bis heute bekannten anatomischen Verhältnissen entspricht diese Annahme am besten. Jedenfalls ist aber durch diese Untersuchungen erwiesen, daß eine Regung, die unter der Wirkung des Lichtes in einem einzelnen Teile einer Neuroepithelzelle entsteht und zunächst eine mehr oder minder große Strecke in einer bestimmten nervösen Bahn fortschreitet, weiterhin Regungen in zwei verschiedenen Bahnen bzw. Fasern, damit in zwei verschiedenen Zentren veranlaßt, und so schließlich in zwei grundverschiedenen, aber streng gesetzmäßig voneinander abhängigen Erscheinungsformen zum Ausdruck kommt.

Die näheren Einzelheiten dieser wichtigen Arbeit, besonders in bezug auf die Konstruktion der Apparate, müssen im Original nachgelesen werden.

C. Brons (Dortmund).

Bruce, Pirie und Macdonald (Edinburgh): Aneurism of the anterior cerebral artery, with unusual prolongation of life after rupture; autopsy.

(Review of Neurol. and Psychiatry, Bd. VI, Nr. 8, 1908.)

Der Fall ist bemerkenswert, weil der Patient nach Ruptur eines Aneurysmas noch 12 Tage am Leben blieb. Abraham.

Fischer: Fibromatose der Nervenscheiden der Augenlider.

(Archiv für Augenheilkunde LX, 4, S. 312, 1908.)

Bei einem 24jährigen Mädchen bestand seit der Geburt eine auffallende Vergrößerung des rechten Oberlids zugleich mit einer Mißbildung des rechten Unterarmes in Gestalt einer Hypoplasie der Ulna und völligen Fehlens des Radius. Der übrige Körper war ohne Veränderungen. Die vergrößerten Partien des Oberlids, die in teils schwammigweichen, teils derberen walzenförmigen Neubildungen bestanden, wurden nach Möglichkeit exzidiert. Die mikropische Untersuchung ergab, daß es sich um eine ausgedehnte Fibromatose mit vorzüglicher Beteiligung des Nervenbindegewebes handelte. Die Geschwulst nahm ihren Anfang zweifellos im Nervenbindegewebe, wo sie zunächst zu einer gleichmäßigen Bindegewebsvermehrung im Endo- und Perineurium führte. Hieraus resultierte eine dreifache Struktur des Durchschnitts größerer Nervenstämme: axialer Bindegewebsstrang, der meist noch gut erhaltene Achsenzylinder (Färbung nach Bielschowsky) enthält, dann breite lockere Schicht perineuralen Bindegewebes, schließlich eine dem Epineurium entsprechende derbere Bindegewebslage. Bei den kleineren Nerven schließt sich ein schmales zellreiches Epi- und Perineurium dem axialen Bindegewebs- und Achsenzylinderstrang an. Während die Markscheiden oft schon zerfallen sind, führt der axiale Strang noch gut erhaltene Achsenzylinder. In den späteren Stadien überwiegt der perineurale Anteil bedeutend, der eine Zeitlang zellreich seinen bindegewebigen Charakter behält, später aber unter Abnahme der Zellen myxomatösen Umwandlungen unterliegt. Das Auftreten von Mastzellen und Vakuolenzellen deutet auf eine lymphatische Stauung hin. In der Matrix der Geschwulst findet sich eine diffuse zellreiche Fibromatose noch ohne schleimige

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Umwandlung, in dieses weiche Gewebe, in dem der Lidknorpel völlig aufgegangen ist, sind jüngere zellreiche Nervenstämme eingebettet, so daß diese Teile einen weich verschieblichen, den derben Knoten ganz entgegengesetzten Tastbefund ergaben, obgleich bei beiden ein ganz einheitlicher Prozeß vorlag.

C. Brons (Dortmund).

Anton und von Bramann: Balkenstich bei Hydrocephalien, Tumoren und bei Epilepsie.

(Münch. med. Wochenschr. 1908, S. 1673 ff.)

Nach einer interessanten allgemeinen Ausführung, insbesondere über Veränderungen des Hirns bei Hydrocephalus, über Störungen des arteriellen und venösen Blutlaufs im Hirn, über Ursachen der vermehrten Flüssigkeitsansammlung in den Hirnhöhlen (Entzündung, Retention usw.) besprechen die Verfasser die Erwägungen, welche sie zu einem neuen operativen Vorgehen bestimmt haben. Eine freie Kommunikation der Ventrikelflüssigkeit mit dem Subduralraum des Hirns und Rückenmarks ist notwendig. Hierfür dienen der Aquaeductus Sylvii und das Foramen Magendi. Verschiedene Erkrankungen schalten diese Wege aus und machen die freie Zirkulation der Gehirnflüssigkeit unmöglich. Eine Kommunikation des Liquor der großen Hirnhöhlen mit dem Subduralraum und damit ein Ausgleich der örtlichen Druckverhältnisse läßt sich nun am leichtesten herstellen durch eine dauernde Öffnung im Balken. Für die Öffnung des Balkens eignet sich vor allem der Stirnhirnteil (Gegend der präzentralen Furche). Sie geschieht durch Stich mit einem stumpfen, hohlen, etwas gebogenen Instrument. Stumpf muß das Instrument sein, um eine dauernde Öffnung zu begünstigen, hohl, damit man durch den Austritt von Liquor ein Zeichen erhält, daß der Balken nach dem Ventrikel zu durchtrennt ist, etwas gebogen, damit man leicht über den Hemisphärenrand weg und unter Leitung der Falx an den Balken kommt. Die Stichöffnung im Balken kann nach Belieben nach vorn und rückwärts stumpf erweitert werden. Um den Hirnschädel zu öffnen, macht man entweder eine kleine Trepanationsöffnung seitlich der Mittellinie (Schonung des Sinus) oder man benutzt daselbst ein größeres, schräg verlaufendes Bohrloch (nach Doyen). In letzterem Fall genügt eine Kokaineinspritzung unter die Kopfhaut.

Es steht zu erwarten, daß die stumpfe Öffnung, besonders in Fällen stärkeren Hirndrucks, dauernd bestehen bleibt, und zwar vermöge des Wanddrucks im Ventrikel und durch die Strömung der Flüssigkeit, welche durch die arterielle Pulsation und durch das Hin- und Herfließen vermöge der Atmung (venöse Füllung) bewirkt wird. Vier Fälle (zwei Hydrocephalus, eine Meningitis serosa [Intoxikation?], ein Tumor der hinteren Schädelgrube), die durch den Balkenstich günstig beeinflußt wurden, werden mitgeteilt. Für ein endgültiges Urteil ist die Beobachtungszeit noch zu kurz. Bei Behandlung von Tumoren, deren Lokaldiagnose noch nicht sicher ist, ist das Verfahren voraussichtlich geeignet, die Erblindung beträchtlich hinauszuschieben. Inzwischen läßt sich vielleicht der Sitz des Tumors feststellen.

Die Verfasser bringen die Operation (Balkenstich) in Vorschlag für Hydrocephalus, Tumoren mit Hydrocephalus und Stauungsneuritis, Hypertrophie des Hirns (weitaus die größte Zahl der enorm hypertrophischen Hirne, bis 2800 g, gehören Epileptikern an) und für Pseudotumor cerebri. Wickel (Obrawalde).

Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Knöpfelmacher und Lehndorff (Wien): Hydrocephalus chronicus internus congenitus und Lues.

(Mediz. Klinik 1908, Nr. 49.)

Daß in der Ätiologie des entzündlichen Wasserkopfes die kongenitale Lues eine Rolle spielt, ist von verschiedenen Seiten behauptet worden. Auch die beiden Autoren konnten bei leichteren Fällen Syphilis konstatieren. Sie treten aber auch der Frage näher, wie weit sie bei den extremen Formen, den hydrocephalischen Ballonschädeln mit ihren massigen Knochenauftreibungen in Betracht kommt. Diese sind sehr selten, wie daraus erhellt, daß von 50000 ambulanten Kranken des Karolinenkinderspitals in Wien nur vier Fälle in vier Jahren zur Beobachtung kamen. Und bei diesen ergab weder die Cerebrospinalflüssigkeit noch das Blutserum positive Reaktion nach Wassermann, während klinisch und anamnestisch weder bei den Kindern selbst noch bei den Eltern Lues zu konstatieren war. Daraus wird der Schluß gezogen, daß in den meisten Fällen für den extremen Hydrocephalus (Ballonschädel) die Syphilis nicht verantwortlich gemacht werden kann. Liebetrau (Hagen i. W.).

John Philipps (Cleveland, Ohio): Cephalocele, with a report of three cases in one family.

(Medical Record 1908, Bd. 74, Nr. 15 vom 10. Oktober.)

Die vorliegende Beobachtung ist insofern besonders interessant, als drei Geschwister (von 2 Monaten, 26 Monaten und 6 Jahren) mit einer Cephalocele behaftet waren, und zwar an der gleichen Stelle, nämlich oberhalb der Nase an der Stirnpartie. Bei dem ältesten Kinde bestand dieselbe allerdings nicht mehr, sondern war seit ungefähr zwei Jahren verschwunden. Das mittlere Kind besaß außerdem noch eine Spina bifida occulta und, wahrscheinlich mit den Veränderungen im Rückenmark zusammenhängend, Atrophie und Schwäche im linken Bein. — Auftreten von nasofrontaler Meningocele in einer Familie ist bereits von Ssamoylenko (Beitr. z. klin. Chirurgie, Bd. 40, S. 693) beobachtet worden; dieser Fall betrifft aber nur zwei Personen. Buschan (Stettin).

Francis Harbitz: Om svulster i hypofysen og akromegali.

(Norsk magazin f. lägevidensk, 1908, Nr. 8.)

Interessante Mitteilung von fünf Fällen von Hypophysistumor ohne akromegalische Erscheinungen nebst einem sechsten Fall, wo eine wohlcharakterisierte Akromegalie vorlag. Zum Teil war in den ersten fünf Fällen der Befund ein unerwarteter; in dreien waren jedoch vorher die charakteristischen Augensymptome nachgewiesen. Nach seinen Untersuchungen ist Verfasser zu der Annahme geneigt, der Zusammenhang zwischen Akromegalie und Tumoren der Hypophysis sei kein direkter; er meint, daß in diesen Fällen ein mehr tiefliegendes, konstitutionelles Leiden vorliegt, das mit Abnormitäten in einer ganzen Reihe innerer Organe („Blutdrüsen") einhergeht und zum pathologischen Wachstum führt. Wimmer (Kopenhagen).

E. Bramwell (Edinburgh): A case of intracranial tumour.

(Review of Neurol. and Psychiatry, Bd. VI, Nr. 10, 1908.)

Der mitgeteilte Fall bietet folgende Eigentümlichkeiten: epileptische Anfälle während eines Zeitraumes von viereinhalb Jahren; leichte, doppelseitige Neuritis optica als einziges Symptom eines organischen Gehirnleidens; fünf Tage

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vor dem Tode gehäufte Krampfanfälle; kurz vor dem Tode beständiges Vorstoßen und Zurückziehen der Zunge. Die Sektion ergab, daß in ein großes Gliom des rechten Lobus frontalis eine Blutung erfolgt war. Abraham.

J. D. Rolleston (London): Three cases of hemiplegia following scarlet fever.

(Review of Neurol. and Psychiatry, Bd. VI, Nr. 9, 1908.)

Verfasser gibt eine Übersicht über die Literatur der Hemiplegie nach Scharlach und fügt drei eigene Beobachtungen hinzu, deren eine eine erwachsene Person betrifft. Er hält die Affektion für selten. Sie beruht wohl meist auf Embolie einer Gehirnarterie. Die Prognose quoad vitam ist günstig, dagegen erfolgt keine vollkommene Restitution. In einzelnen Fällen dürfte es sich nicht um eine durch die Scarlatina bedingte, sondern um eine urämische Hemiplegie handeln. Die Prognose der letzteren hält Verfasser für günstiger. Abraham.

Pal (Wien): Zur Kenntnis der abdominellen Gefäßkrisen der Tabiker und ihrer Beziehung zur „Aortite abdominelle".

(Med. Klinik 1908, Nr. 47.)

Pal hat schon in früheren Arbeiten auf die Bedeutung der Gefäßspannung in der Genese der tabischen Krisen hingewiesen, deren frühzeitige Feststellung auch bei Fehlen anderweitiger Tabessymptome praktisch sehr wichtig sein kann (z. B. zur Vermeidung zweckloser Bauchoperationen, wie sie in einem Falle schon viermal (!) gemacht wurden). Bei den abdominellen Gefäßkrisen zeigt sich eine starke Blutdrucksteigerung, mit deren Rückgang die Schmerzen wie die übrigen Erscheinungen meist aufhören; um diesen Effekt zu erzielen, empfiehlt P. die Nitrite, und zwar per os oder per Inhalation, während subkutane Verabreichung selbst großer Dosen meist versagt. Interessant ist die an anderer Stelle veröffentlichte Beobachtung des Verfassers, daß bei einem Kranken regelmäßig die Bauchkrise aufhörte, wenn er einen Anfall von Tachykardie mit Blutdrucksenkung bekam. Es kommen auch paroxysmale Gefäßkrämpfe mit gastrischen Erscheinungen ohne Schmerzempfindung vor. Einen solchen Fall, einen 49jährigen Mann betreffend, konnte P. kürzlich beobachten. In den Paroxysmen trat Brechreiz mit schließlichem Erfolg auf ohne spontane Schmerzen, während längs der Wirbelsäule Druckempfindlichkeit bestand, die Aorta nach links verschieblich war und abnorm gespannt lebhaft pulsierte. Die Wassermann'sche Reaktion auf Lues fiel positiv aus, aber es bestanden keine tabischen Symptome. Mit Sinken der Gefäßspannung ging der Anfall zurück. Es konnte sich hier entweder um beginnende Tabes oder um luetische Gefäßerkrankung handeln. Ob in den Fällen von Bauchkrisen mit erhöhter Spannung in der Aorta immer entzündliche Veränderungen dieser vorliegen, wie Potain und Teissier für die „Aortite abdominelle" annehmen, muß vorerst unentschieden bleiben. Jedenfalls spielen die Spannungsverhältnisse in den Arterien für die Entstehung der Bauchkrisen eine hervorragende Rolle. Liebetrau (Hagen i. W.).

Le Grand N. Denslow (New York): Locomotor ataxia: a new theory and treatment with cases.

(Medical Record 1908, Bd. 74, Nr. 21.)

Verfasser gibt eine neue Erklärung für das Zustandekommen des tabischen Krankheitsbildes, für die auch eine ganz andere Richtung der Therapie maß-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gebend ist. Im großen und ganzen ähnelt sie der von Edinger bereits aufgestellten Theorie. Für ihn sind die Veränderungen an den Hintersträngen die Folge von beständigen sensorischen Impulsen, welche von irgendeinem peripheren Punkte aus den sensorischen Wurzeln im Rückenmark mitgeteilt werden. Solche kontinuierliche Impulse schädigen die zentrale nervöse Substanz, welche, da sie keine Ruhe oder Erholung von den Reizen findet, schließlich der Erschöpfung unterliegt und so der dystrophischen Degeneration anheimfällt. Es ist daher kein Toxin, kein spezifisches Gift oder Bakterium, das die Tabes hervorruft, sondern einzig und allein eine mechanische Ursache. Die Syphilis spielt nur insofern eine Rolle, als sie die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems herabsetzt, das daher unter der Wirkung der beständigen peripheren Impulse leichter unterliegt. Die gleiche prädisponierende Ursache bei der Entstehung der Tabes bilden Erkältung, Alkoholismus, Überanstrengung usw. Als Beweis für diese seine Theorie dienen Verfasser eine Reihe eigener Beobachtungen; 17 derselben teilt er im einzelnen mit. Es waren typische Fälle von Tabes, die als solche auch von Autoritäten diagnostiziert worden waren (leichte Ataxie der Füße bis zur äußersten Hilflosigkeit und Unfähigkeit zu gehen, Blasen- und Darmstörungen, lancinierende Schmerzen, gastrische Krisen, Westphal'sche Fäden, Argyll-Robertsonsches Zeichen usw.). Der Anfang der Krankheit reichte in einigen Fällen schon jahreweit (bis zehn Jahre) zurück. Als erste Veranlassung für die Entstehung der Tabes auf dem oben angegebenen Wege nimmt Verfasser bei ihnen allen Erkrankungen der Harnröhre bzw. Blase (zumeist Erosionen, ferner Strikturen) an. Die Therapie bestand dementsprechend ausschließlich in lokaler Behandlung dieser Stellen mittels Urethroskop. Der Erfolg soll durchweg ein großartiger gewesen sein: alle Erscheinungen besserten sich ganz bedeutend, die Inkontinenz verschwand, ebenso die etwa bestehenden gastrischen Krisen; die Sensibilität kehrte wieder, selbst der tabische Gang ging in dem Grade zurück, daß die Kranken ihren Beruf, u. a. als Kellner, Schauspieler, Schiffskoch, wieder aufnehmen konnten. Verschiedentlich wurde derselbe gänzlich wieder normal, sogar im Dunkeln. Dieser Erfolg hielt noch bis zu eineinhalb Jahren nach Aufhören der Behandlung an.

Buschan (Stettin).

Alfred Pers: Om operativ Behandling af Ischias.

(Hosp. Tid. 1908, Nr. 22 u. 23.)

Verfasser, dessen Methode der operativen Heilung der Ischias schon früher im Zentralblatt referiert wurde, veröffentlicht die Resultate von an 42 Patienten vorgenommenen Operationen. Nur zwei Fälle gaben Rezidiv; die übrigen hielten sich frei von Schmerzen; die Beobachtungsdauer ist aber für die meisten der Patienten eine zu kurze — nur für sechs beträgt sie über ein Jahr —, als daß man die Heilung als „radikal" beanspruchen darf. Auch haben zehn Wadenschmerzen, Lumbago u. dgl. schon gehabt, was aber vom Verfasser merkwürdigerweise als eine selbständige „Myitis" gedeutet wird. — Eine endgültige Entscheidung über die Verwendbarkeit der Methode (die übrigens in ihren Prinzipien kaum so neu sein dürfte, als vom Verfasser angenommen wird) steht somit noch aus. Daß die Operation aber den Patienten eine temporäre und erhebliche Besserung resp. Heilung verschafft, läßt sich nach den mitgeteilten Fällen nicht verneinen.

Wimmer (Kopenhagen).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

De Witt Stetten: Musculo-spiral paralysis due to dislocations of the head of the radius.

(Annales of Surgery, August 1908.)

An der Hand einer eigenen Beobachtung und experimenteller Tierstudien bespricht der Verfasser die Lähmung des Radialis infolge Luxation des Radiusköpfchens mit oder ohne Ulnarfraktur. Da der Radialis dabei in der Gegend seiner Teilung in den Radialis superficialis und profundus s. interosseus posterior lädiert wird, kann eine rein sensible oder eine rein motorische oder eine komplette Radialislähmung resultieren. Auf jeden Fall bleibt der Supinator longus, dessen Äste schon höher abgehen, unbeteiligt.

Die Prognose ist gut. Die Behandlung besteht in Reposition der Luxation oder, wenn diese auch auf blutigem Wege nicht gelingt, in Resektion des Radiusköpfchens.

Einige instruktive Bilder und Röntgenphotogramme erläutern die Lagerungsverhältnisse. Kutner (Breslau).

Schlesinger (Berlin): Zur Injektionstherapie der Neuralgien.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 6.)

Mit Injektion einer auf 0° abgekühlten physiologischen Kochsalzlösung (10 ccm) an der Stelle des Druckschmerzes sind günstige Erfolge, besonders bei Ischias erzielt. Auch der intensivste Schmerz verschwindet sofort nach der Injektion spurlos. Nervendehnung wird dadurch überflüssig und erscheint nicht ratsam. Meist genügt eine Injektion. Vor intraneuralen Injektionen wird gewarnt. Müller (Dösen).

Pathologie des Nervensystems.

Walter Albraud: Okulistische Beiträge zur Wertung der Degenerationszeichen.

(Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, Bd. 44, Heft 1.)

A. stellte seine Untersuchungen bei 830 Schülern, 500 Rekruten und 1500 Augenkranken an, die er mit den Untersuchungsergebnissen bei den Idioten in der Schweriner Irrenanstalt und bei dem Krankenmaterial der Anstalt Sachsenberg seit 1900 verglich. Auf die ethnologische Einheit des Menschenmaterials wurde Bedacht genommen. Alle Einzelheiten der sehr fleißigen Arbeit zu berücksichtigen, ist hier unmöglich. Der Verfasser schied die Psychosen nach den von Kraepelin vertretenen Grundsätzen und untersuchte Häufigkeit und Schwere der Degenerationszeichen des Auges bei den einzelnen Gruppen von Geisteskrankheiten. Er fand, daß auch von seiten des Auges um so häufiger eine Reihe von Entartungserscheinungen festzustellen ist, je mehr die betreffende Gruppe degenerativer Natur ist. Mit Rücksicht aber auf die hohe Zahl der stigmatisierten geistig Normalen (23,9 %) gegenüber den Abnormen mit okulistischen Stigmen (29,9 %) ist Verf. nicht geneigt, den Stigmata allein eine allzugroße Bedeutung beizulegen, keinenfalls aber sie denjenigen der psychischen Degeneration gleich zu stellen. Gleich Hoche erkennt er in den morphologischen Abweichungen höchstens ein Signal. Den eigentlichen Wert derselben findet A. nicht in der klinisch-diagnostischen Richtung, vielmehr in ihrer theoretisch-anthropologischen Beziehung für die Degenerationslehre und praktisch für anthropometrische Untersuchungen.

Finckh (Nieder-Schönhausen).

Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

A. Knapp: Paralysis of the abducent nerve associated with otitis media.

(Archives of Ophthalmology, Bd. XXXVII, 5, Sept. 1908, S. 552.)

Ein fünfjähriges Kind erkrankte nach einer Influenzaattacke an Kopfschmerzen und Schmerzen im rechten Ohr. 14 Tage später trat unter heftigen Schmerzen der ganzen rechten Gesichtsseite, besonders im Auge und im Kiefer, eine Lähmung des rechten Musc. rectus externus ein, so daß Strabismus convergens und Doppeltsehen bestand. Sonst waren die Augen normal. Im rechten Ohr bestand noch eine leichte Mittelohrentzündung ohne Trommelfellperforation. Nach $3^1/_2$ Monaten Heilung. Es handelte sich offenbar um eine Läsion des Nervus abducens und des Trigeminus; auf letzteren deuten die heftigen Schmerzen in der ganzen rechten Gesichtshälfte hin. Der anatomische Sitz muß an der Spitze der Felsenbeinpyramide liegen, weil hier Abduzens und Ganglion Gasseri am nächsten benachbart sind. Nach dieser Stelle hin hat sich der eitrige Mittelohrprozeß ausgebreitet, entweder von der inneren Paukenhöhlenwand, entlang dem porösen Knochen, der das knöcherne Labyrinth umgibt, oder von der vorderen Wand, entlang dem die Carotis umgebenden Venengeflecht.

Brons (Dortmund).

S. Weigelin: Sehnervenerkrankung bei Schwangerschaft.

(Archiv für Augenheilkunde, Bd. LXI. 1. Heft, S. 1, 1908.)

Weigelin teilt sechs Fälle von Sehnervenerkrankung bei Schwangerschaft mit, von denen zwei bei erneuter Gravidität wieder am gleichen Leiden erkrankten. Das typische Bild stellt sich folgendermaßen dar. Während der Schwangerschaft, meist einer späteren, treten Sehstörungen auf einem oder beiden Augen auf, ohne daß irgendeine Organerkrankung nachweisbar ist. Der Zeitpunkt des Auftretens schwankt zwischen dem vierten und neunten Monat, ausnahmsweise fällt er auch in den ersten Monat. Die Sehstörungen bestehen in Herabsetzung der zentralen Sehschärfe und Gesichtsfeldeinschränkungen. Ophthalmoskopisch findet sich das Bild der Neuritis optica eventuell mit Übergang in Atrophie. Nach der spontan oder künstlich erfolgten Geburt tritt eine Besserung oder gänzliches Verschwinden der Sehstörung ein. Dieser günstige Einfluß der Schwangerschaftsbeendigung wurde in fast allen der mitgeteilten Fälle, unter denen sich übrigens auch ein Fall von Neuritis retrobulbaris befindet, beobachtet, andererseits auch die verderblichen Folgen einer erneuten Schwangerschaft, in der das Leiden meist in verstärktem Maße sich wiederholt und bis zur völligen Erblindung führen kann. Der Endausgang der sechs Fälle war quoad visum dreimal völlige Wiederherstellung, dreimal auf vier Augen mäßige Beeinträchtigung und auf zwei Augen Amaurose. Von großem Wert ist, daß die Fälle sämtlich von zuständiger Seite genau neurologisch und intern untersucht und normal befunden wurden. Ebenso wichtig ist, daß vier Fälle nach langjähriger Beobachtung (4—13 Jahre) noch völlig normales Nervensystem und normalen internen Befund zeigten, so daß eine etwa für die Sehnervenerkrankung verantwortlich zu machende organische Veränderung des Nervensystems auszuschließen ist (zwei Fälle, darunter der von Neuritis retrobulbaris befinden sich allerdings erst $^1/_2$ Jahr in Beobachtung). Die Erkrankung muß demnach allein der Schwangerschaft als solcher zur Last fallen, die eigentliche Pathogenese des Leidens ist allerdings noch unklar.

Brons (Dortmund).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

S. Oishi: Hämatom beider Sehnervenscheiden bei Diabetes und bei Schädelbasisfraktur.

(Archiv für Augenheilkunde, Bd. LXI, Heft 1, S. 17, 1908.)

Es handelt sich um zwei Fälle von Opticusscheidenhämatom ohne Zerreißung der Duralscheide. Fall 1 betrifft einen 45jährigen Mann mit Coma diabeticum, bei dessen Sektion sich neben einer intraventrikularen und intrameningealen Hämorrhagie auch ein starkes Hämatom beider Sehnervenscheiden fand. In dem zweiten Fall entstand ein viel geringeres Hämatom beider Sehnervenscheiden bei einem an Fraktura basis cranii verstorbenen Epileptiker, die Fraktur hat zu großen extra- und intrameningealen Blutungen und Compressio cerebri geführt. Bezüglich der Entstehung dieser Hämatome des Opticus muß angenommen werden, daß das Blut aus der Schädelhöhle dem knöchernen Kanal des Opticus entlang in den Intravaginalraum gedrungen ist. Interessant ist, daß in dem ersten Falle, trotzdem das Hämatom viel stärker war, keine, dagegen im zweiten Falle eine große pilzförmige Stauungspapille mechanischen Ursprungs vorhanden war. Warum diese im ersten Falle ausblieb, konnte nicht ergründet werden. Brons (Dortmund).

Wm. H. Dudley: Consanguinity a cause of congenital Nystagmus.

(Archives of Ophthalmology, Bd. XXXVII, Nr. 3 1908, S. 565.)

Mitteilungen über eine Nystagmusfamilie, in der durch Inzucht immer wieder der Nystagmus vererbt wurde, so daß von 47 Individuen in 4 Generationen 26 damit behaftet waren. Die Beteiligung der Frauen an der Erkrankung war etwas größer als die der Männer. Die Vererbung geschah direkt, ohne daß hier ein Einfluß des Geschlechts zu konstatieren war.

Brons (Dortmund).

K. Bonhoeffer: Über den Einfluß des Cerebellum auf die Sprache.

(Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie, XXIV, Heft 5, S. 379—382.)

Bei der Operation eines Myxosarkoms des Kleinhirns, das in toto entfernt wurde, entstanden doppelseitige parietale Kleinhirnherde. Etwa drei Monate nach der Operation bemerkte der Patient eine Änderung seines Sprachvermögens, namentlich eine Herabsetzung seiner Sprachgeschwindigkeit. Der Übergang von einer Mundstellung zur anderen, wie ihn das fortlaufende Sprechen erfordert, macht dem Kranken Mühe. Da für Tumormetastasen oder Erkrankung anderer Hirnteile kein Anhaltspunkt besteht, so nimmt B. an, daß eine doppelseitige Erkrankung des Kleinhirns die Ursache der Spracherschwerung ist, daß also dem Kleinhirn die Funktion zukommt, die richtige und rasche Innervation des Sprachapparates zu regulieren. Referent möchte darauf aufmerksam machen, daß ähnliche Beobachtungen schon früher gemacht wurden. So sagt Thomas in seinem Buche (Le cervelet, 1897): „Les troubles de la parole sont pour ainsi dire constants“: er macht namhaft: „une certaine scansion de la parole“, „une parole traînante“, „un nasonnement“. Gaupp.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Zweites Märzheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

(Aus der psychiatrischen Klinik in Tübingen.)

Die Bedeutung des Traumas für die Entstehung von Hirngeschwülsten.

Von **Dr. Karl Buck**, Tübingen.

Virchow lehrte, daß irritative Momente eine große Bedeutung für die Entstehung der Geschwülste haben. Nach seiner Ansicht gehört zur Geschwulstbildung eine ihrer Natur nach unbekannte lokale Gewebsveränderung und dann ein Reiz, der die vorhandene Anlage zur Entfaltung bringt und das Wachstum des Tumors hervorruft.

Für das Auftreten von Geschwülsten infolge beständig einwirkender mechanischer Schädlichkeiten sprechen zahlreiche Beobachtungen, insbesondere der relativ häufige Sitz des Karzinoms an Stellen, die einem dauernd wirkenden Reize besonders ausgesetzt sind. So wird z. B. die größere Häufigkeit des Unterlippenkarzinoms beim männlichen Geschlecht darauf zurückgeführt, daß beim Pfeifenrauchen ein ständiger Druck vorhanden sei, der die Geschwulstbildung fördere. In entprechender Weise erklärt man sich auch das Entstehen von Krebs des Penis bei Phimose, der Gallenblase bei Gallensteinen, der Harnblase bei Blasensteinen, ferner die Tatsache, daß der Uteruskrebs bei Frauen, die geboren haben, häufiger ist, als bei Nulliparen. Auch ist z. B. das Karzinom des Darmes mit Vorliebe an seinen Umbiegungsstellen lokalisiert, die bei Kotstauung dem Druck besonders ausgesetzt sind[1]).

Die Frage nach dem Einfluß eines einmaligen Traumas auf die Bildung einer Geschwulst ist wegen ihrer praktischen Bedeutung neuerdings vielfach erörtert worden. Die Statistiken, die über dieses Thema verfaßt worden sind, gehen in ihren Resultaten sehr weit auseinander.

So führte Würz[2]) unter 714 Tumoren der Tübinger chirurgischen Klinik 19, d. h. 2,6%, mit Wahrscheinlichkeit auf ein Trauma zurück.

Bei 920 Fällen der Straßburger Klinik gelangte Machol[3]) zu einem ähnlichen Resultat, indem er bei 2,07% derselben Trauma als Ursache

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Tumors annahm, während Wolff[4]) bei 574 Tumoren der Langenbeck'schen Klinik in 14,7% traumatische Entstehung der Krankheit für wahrscheinlich hielt. Ziegler[5]) stellte aus der Münchener chirurgischen Klinik 328 Karzinome und 171 Sarkome zusammen. Von ersteren wurden 92, von den letzteren 32 auf chronische Reizzustände bezogen, während je 35 der Karzinome und Sarkome auf ein einmaliges Trauma zurückgeführt werden. Löwenthal[6]) fand bei 800 Tumoren, d. h. bei 47% seiner Fälle, Trauma in der Anamnese angegeben. Jordan[7]), Ribbert[8]) u. a. betonten, daß viele in diesen Statistiken über traumatische Geschwulstgenese verwerteten Fälle einer ernsthaften Kritik nicht standhalten. Jordan sieht nur diejenigen Fälle als beweiskräftig an, bei denen folgende Bedingungen erfüllt sind:

„1. Es muß die veranlassende Kontusion ärztlich beobachtet, topographisch genau festgestellt und notiert worden sein.

2. Die Geschwulst muß in ihrer Lokalisation genau der Stelle der stattgehabten Gewalteinwirkung entsprechen.

3. Die Zeit zwischen Trauma und Auftreten des Tumors muß mit der Entwicklungszeit des betreffenden Tumors übereinstimmen.

4. Es müßte der Nachweis erbracht werden, daß an der Stelle der Kontusion nicht bereits die Anfänge der Geschwulstbildung bestanden haben."

Da die unter 3 und 4 erwähnten Punkte meist unbekannt sind, so ist man, wie Jordan weiter ausführt, selten in der Lage, im Einzelfall einen sicheren Beweis des Zusammenhangs von Tumor und Trauma zu führen, insbesondere weil nach dem Ergebnis der Statistiken die Verletzung doch nur in einem sehr geringen Prozentsatz der Fälle als ätiologisches Moment in Betracht kommt. Bei der praktischen Beurteilung des einzelnen Falles (Gewährung einer Unfallrente!) ist wohl ein Zusammenhang zu bejahen, wenn der Sitz des Tumors der Stelle der stattgehabten Gewalteinwirkung entspricht und letztere ärztlich konstatiert ist. Außerdem ist ein gewisser zeitlicher Zusammenhang zwischen Tumor und Trauma unter Berücksichtigung des Wachstums der betreffenden Tumorart zu verlangen (Jordan).

Ein geeignetes Feld für die Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Trauma und Tumor bieten die Hirngeschwülste, da gerade hier stärkeren traumatischen Einwirkungen — und nur solche können in Betracht kommen — eine weit größere Aufmerksamkeit von seiten des Patienten geschenkt zu werden pflegt, als Verletzungen, die andere Körperteile treffen. Andererseits ergeben sich wieder dadurch besondere Schwierigkeiten, daß sich das Gehirn in vivo einer direkten Untersuchung entzieht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und dadurch sowohl der objektiven Feststellung der Folgen der äußeren Gewalteinwirkungen als auch des Beginns der Tumorentwicklung Schwierigkeiten erwachsen.

Von den zahlreichen Untersuchungen über die traumatische Entstehung der Hirngeschwülste erwähnen wir zunächst die Statistik von Adler[9], welcher bei 8,8% seiner Fälle eine solche traumatische Entstehung annimmt. Zu einem ähnlichen Resultat kommt Eduard Müller[10], der bei 164 aus der Literatur zusammengestellten Fällen von Stirnhirntumoren 32mal Trauma in der Anamnese angegeben fand. Er sieht jedoch dasselbe nach genauer Analyse der einzelnen Fälle nur in etwa 7% als tatsächliche Ursache der Geschwulstbildung an. Diese Zahl stimmt mit dem Ergebnis der Statistik von Biro[11] überein, der in 6% seiner Fälle das Trauma als ätiologischen Faktor heranzieht.

Bruns[12] und Oppenheim[13] betonen mit Recht, daß es bei der Frage nach der traumatischen Entstehung von Hirngeschwülsten weniger auf zahlenmäßige Feststellungen, als auf möglichst genaue Analyse der einzelnen Fälle ankomme. Auszuschließen sind natürlich ohne weiteres solche Fälle, bei denen schon vor dem Trauma Erscheinungen eines Hirntumors bestanden, die aber erst Beachtung fanden, nachdem sie im Gefolge der Kopfverletzung stärker auftraten. Auch ist es möglich, daß in bereits bestehenden, aber klinisch noch symptomlosen Geschwülsten durch eine Kopfverletzung Blutungen entstehen und infolge dieser Blutungen dann die klinischen Symptome erst deutlich zutage treten. In allen Fällen, wo unmittelbar nach dem Trauma deutliche Tumorerscheinungen auftreten und dauernd vorhanden bleiben, muß an einen solchen Zusammenhang gedacht werden.

Weiterhin machen Bruns und Oppenheim darauf aufmerksam, daß ein Tumor häufig genug epileptische oder Schwindelanfälle erzeugt, die ihrerseits zu einer Verletzung des Schädels durch Fall oder Stoß führen können.

Schließlich darf nicht außer acht gelassen werden, daß die Vergesellschaftung von Trauma und Hirngeschwulst eine rein zufällige sein kann, ohne daß ein direkter Kausalzusammenhang zwischen beiden angenommen werden muß.

Obwohl Oppenheim sich allen diesen Erwägungen nicht verschließt, kommt er doch zu dem Gesamturteil, daß eine Anzahl von Fällen übrig bleibt, bei denen an der traumatischen Entstehung der Geschwulst kaum gezweifelt werden darf. Ein solcher Zusammenhang erscheint ihm namentlich dann gegeben, wenn der Ort der Gewalteinwirkung mit der Lokalisation des Tumors einigermaßen übereinstimmt, wenn ferner die anatomische

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Untersuchung ergibt, daß entweder die von der Schädelverletzung herrührende Narbe dem Tumor anliegt oder außer dem Tumor sich noch Veränderungen am Schädel oder Gehirn vorfinden, die auf das Trauma zurückgeführt werden müssen und zum Sitz des Tumors in naher örtlicher Beziehung stehen.

Bruns erklärt sich einen Zusammenhang in einzelnen Fällen in der Weise, „daß durch die Verletzung die Umgebung der Geschwulst zu einem locus minoris resistentiae geworden, oder dem Tumor eine gesteigerte Vitalität verliehen ist". In beiden Fällen hat, wie Bruns weiter ausführt, das Trauma die Geschwulst nicht hervorgerufen, sondern nur ihrer Entwicklung die Wege geebnet. Nach Bruns ist also ein eigentlich traumatischer Ursprung der Hirntumoren ein recht seltenes Ereignis.

Als Kriterium für den Zusammenhang ist von verschiedenen Autoren noch folgendes hervorgehoben worden. Von Keen[14]), Annandale[15]) und Liefmann[16]) liegen Beobachtungen vor, bei denen die am Ort der Kopfnarbe vorgenommene Trepanation direkt auf den Tumor führte. Hitzig[17]), Thomas und Bartlett[18]), Friedeberg[19]) haben Fälle beschrieben, bei denen sich Verwachsungen der Hirnhäute und Hämorrhagieen in der Nähe des Tumors fanden, die als Reste einer früheren Verletzung aufgefaßt werden mußten. Eduard Müller[10]) hat ebenfalls 6 Fälle mitgeteilt, in denen die anatomische Untersuchung ergab, daß der Ort der Gewalteinwirkung der Lage des Tumors genau, oder wenigstens ungefähr entsprach.

Erst vor kurzem berichtete Friedmann[20]) über einen Fall von Gliosarkom des Rückenmarks, das sich im Anschluß an eine durch heftige Muskelbewegung entstandene Hämatomyelie bildete, wie durch den klinischen Verlauf und die anatomische Untersuchung zweifellos festgestellt werden konnte.

Was die Natur der durch Trauma im Gehirn entstandenen Neubildungen betrifft, so fand sich am häufigsten Sarkom und Gliom, ein Ergebnis, das uns nicht überraschen kann, da ja diese Geschwülste die überwiegende Mehrheit der Hirngeschwülste überhaupt ausmachen. Dagegen werden traumatisch entstandene Tuberkel verhältnismäßig selten erwähnt. Bei ihrer Genese — und dies gilt auch für die Syphilome — spielt das Trauma insofern eine Rolle, als sich Infektionserreger, die im Blute kreisen, mit Vorliebe an traumatisch geschwächten Stellen ansiedeln, eine Erscheinung, die wenigstens für die Tuberkulose auch durch experimentelle Versuche bestätigt ist (Schüller[21], Krause[22]). Das Trauma ist also bei diesen Erkrankungen für die Lokalisation, nicht aber für die Entstehung der Geschwulst verantwortlich zu machen. Der Statistik von Eduard

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Müller entnehmen wir, daß er am häufigsten dem Sarkom begegnete (7mal), während er nur 5mal Gliom und 4mal Gliosarkom feststellte. Je 2mal fand sich Endotheliom und Fibrom, je 1mal Karzinom, Chondrom, Tuberkel und Syphilom. Gerhardt[23]) konstatierte unter 60 Fällen von Gliom, die er der Literatur entnehmen konnte, 10mal, unter 11 selbst beobachteten Fällen 4mal den Zusammenhang mit einem Trauma.

Nehmen wir nun an, daß ein Zusammenhang zwischen Tumor und Trauma erwiesen ist, so kann die weitere Frage, wie das Trauma das abnorme Wachstum der Gewebe bei der Geschwulstbildung herbeiführt, nicht eindeutig beantwortet werden. Die hier vorhandenen Anschauungen faßt Borst[24]) folgendermaßen zusammen: Die traumatische Entstehung von Geschwülsten ist bedingt, „entweder durch direkte Anregung und Steigerung der proliferativen Kräfte der Zellen, oder durch Aufhebung des Gewebsgleichgewichts, durch Fortfall von Wachstumshindernissen, oder durch Loslösung von Zellen aus dem Reigen organischer Verbindungen und selbständiger Weiterexistenz solcher abgesprengter Keime."

Thiem[25]) erklärt sich diese Geschwulstbildung durch den auf die Verletzung folgenden Entzündungs- oder Regenerationsreiz, welchen er als das wesentliche Moment betrachtet, um Zellen der Bindesubstanz zur Wucherung zu bringen, während er die Entstehung des Karzinoms als durch die Narbe, bzw. eine dauernd einwirkende Schädlichkeit bedingt ansieht.

Über die traumatische Entstehung der Hirngeschwülste spricht Virchow seine Ansicht dahin aus, daß durch die Verletzung ein hämorrhagischer oder Kontusionsherd entstehe, auf dessen Basis sich die Geschwulst bilde. Auch bei allen Starr finden wir diese Ansicht ausgesprochen, mit der freilich über den genaueren pathogenetischen Zusammenhang nicht viel gesagt ist.

Nach Ribbert[8]) handelt es sich bei der Entstehung des Karzinoms durch Trauma um zweierlei, „erstens um eine völlige, durch Zerreißung der Organe erfolgende Absprengung von Epithel, zweitens um eine allmählich durch einen entzündlichen, traumatisch zustande gekommenen bindegewebigen Wucherungsprozeß bedingte Verlagerung von Epithelzellen". Für das Sarkom nimmt Ribbert an, daß Bindegewebszellen, die in Regeneration oder Entzündung begriffen und dadurch aus dem übrigen Gewebe herausgelöst sind, leichter zu selbständiger Wucherung neigen als im normalen Zustand.

Auch experimentell konnte Ribbert durch Verpflanzung lebender Zellen in andersartiges Gewebe geschwulstartige Bildungen erzeugen, z. B. entstanden nach Verpflanzung von Epidermis in die Subkutis epitheliale Zysten, die lange bestehen blieben und sich langsam vergrößerten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Durchsicht der Literatur zeigt uns also, daß die Frage nach der Bedeutung des Traumas für die Entstehung von Tumoren des Gehirns durchaus noch keine befriedigende Lösung gefunden hat. Es dürfte deshalb ein neuer Beitrag zu dieser Frage nicht überflüssig erscheinen. Er soll in folgendem gegeben werden.

Unser Untersuchungsmaterial erstreckt sich auf 51 Fälle der Tübinger Psychiatrischen Klinik. Wenn auch das Material als nicht sehr groß bezeichnet werden muß, so enthält es doch den Vorzug, daß es sich um Fälle handelt, die an ein und derselben Klinik in ihrem Verlauf und Ausgang beobachtet werden konnten. Dadurch waren wir in der Lage, im Gegensatz zu den Statistiken anderer Autoren, die Krankengeschichten sämtlicher Fälle heranzuziehen, bei Kranken, die in der Klinik gestorben sind, die anatomischen Ergebnisse zu verwerten, von einzelnen entlassenen Kranken katamnestische Angaben zn erhalten.

Unter den 51 Fällen von Hirntumor ließ sich bei neun ein vorausgegangenes Trauma aus der Anamnese mit Bestimmtheit feststellen. Aus diesen 9 Fällen werden wir vier ausscheiden, da bei ihnen entweder die Wirkungen des Traumas einsetzten, nachdem der Tumor bereits zweifellos klinisch in Erscheinung getreten war, oder aus sonstigen, unten genauer erörterten Gründen ein Zusammenhang ausgeschlossen werden mußte.

Bei den fünf übrig bleibenden Fällen müssen wir einen Zusammenhang zwischen Trauma und Tumor auf Grund folgender Überlegungen als wahrscheinlich annehmen:

1. Ein Trauma von erheblicher Stärke hatte stattgefunden.

2. In allen Fällen hat die klinische Untersuchung und in 3 Fällen auch die anatomische Untersuchung das Vorhandensein eines Tumors sichergestellt.

3. Zur Zeit der äußeren Gewalteinwirkung bestand, wie mit Sicherheit festzustellen war, der Tumor noch nicht.

4. Es ergeben sich nahe Beziehungen zwischen dem Ort der Gewalteinwirkung und deren Folgen einerseits und der Lokalisation des Tumors andererseits, wie aus den nachfolgenden Krankengeschichten hervorgeht.

Was die Zwischenzeit zwischen Kopftrauma und Beginn der Entwicklung des Tumors anbelangt, so glauben wir, daß man beim heutigen Stand unseres Wissens überhaupt nicht in der Lage ist, bestimmte Anforderungen nach dieser Richtung hin zu stellen. Es spielen eine Reihe von Momenten eine Rolle, die einer objektiven Untersuchung sich entziehen. Je nach der Natur des Tumors, je nach seinem Sitz, vielleicht auch abhängig von bestimmten individuellen Dispositionen kann der Tumor

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ganz langsam an indifferenter Stelle zur Entwicklung gekommen sein und dadurch jahrelang einer Feststellung sich entzogen haben. Wir glauben deshalb, daß wir aus diesen Erwägungen heraus auf eine genaue Bestimmung der zulässigen Zeitdauer zwischen Trauma und Beginn der ersten Tumorerscheinungen verzichten müssen. Allerdings muß dieser Satz eine Einschränkung dahin erfahren, daß wir diejenigen Fälle für unsere Statistik als nicht brauchbar zurückweisen, bei denen die Tumorerscheinungen unmittelbar den traumatischen Einwirkungen folgen, oder die Zwischenzeit so kurz erscheint, daß der Tumor unmöglich genügende Frist zu seiner Entwicklung gehabt haben kann.

Soweit im Groben die für uns maßgebenden Kriterien. Wir sind der Ansicht, daß es überhaupt kaum angängig ist, allgemein gültige Sätze aufzustellen, die für oder gegen einen Zusammenhang zwischen einer stattgehabten Gewalteinwirkung und einem Tumor sprechen. Die Entscheidung kann eigentlich nur von Fall zu Fall gefällt werden, wenn die autoptische Untersuchung die klinischen Beobachtungen und die anamnestischen Erhebungen ergänzt hat und weiterhin die mikroskopische Untersuchung uns über die Natur des Tumors, besonders seine Größenverhältnisse, seinen Sitz und seine Entwicklung eindeutigen Aufschluß gegeben hat. Die Widersprüche in den Angaben der verschiedenen Autoren erklären sich wohl großenteils daraus, daß sehr häufig die Untersuchungen nicht von einem Autor einheitlich ausgeführt worden sind oder die Kontrolle durch das Mikroskop nicht erfolgen konnte. Auf Grund dieser Erwägungen halten wir es für angebracht, unsere Fälle einzeln zu schildern [1]), um im Anschluß an den einzelnen Fall zu erwägen, inwieweit ein Zusammenhang zwischen Trauma und Tumor wahrscheinlich, sicher oder nicht gegeben erscheint.

I. Gruppe: Fälle mit nur scheinbarem Zusammenhang.

Zunächst werden wir 2 Fälle kurz mitteilen, bei denen ein Trauma von den Patienten angegeben und als Ursache des Leidens angesehen wurde. Doch geht aus der Anamnese beider Krankengeschichten hervor, daß zur Zeit der Gewalteinwirkung der Tumor bereits bestanden und auch klinische Erscheinungen gemacht hatte.

Bei dem ersten Fall handelt es sich um ein zufällig erworbenes

[1]) Die Krankengeschichten sind im folgenden nur insoweit kurz wiedergegeben, als sie für die hier zu erörternde Frage des Zusammenhangs von Hirntumor mit Kopfverletzung von Bedeutung sind (tatsächliches Bestehen eines Tumors, zeitlicher Beginn, Ort der Entstehung), feinere lokaldiagnostische Erörterungen sollen völlig außer Betracht bleiben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Trauma, beim zweiten um einen Sturz vom Rade, der vielleicht als Folge der durch die Krankheit bedingten motorischen Unsicherheit zu betrachten ist. In beiden Fällen ist offenbar nach dem Unfall Verschlimmerung der Krankheit eingetreten, die entweder durch beschleunigtes Wachstum der Geschwulst oder durch Blutung in diese zu erklären ist.

Fall I.

F. R., 38 Jahre, verheiratet, Bauer. Aufgenommen 26. X. 1901.

Anamnese: Früher gesund. Kein Potus, keine Lues. Seit 2 Jahren Kopfschmerzen an Stirn- und Scheitelgegend, Zuckungen im linken Arm und Bein, Urinbeschwerden. Mitunter Erbrechen; nie Bewußtlosigkeit. Mai bis August 1900 in ärztlicher Behandlung wegen ataktischer Gehstörungen und Abnahme der Sehkraft. Herbst 1900 Rückgang der Beschwerden, so daß Patient wieder arbeiten konnte. 2. Mai 1901 erhielt er bei einer Rauferei Stockschläge auf den Kopf; verschiedene Quetschwunden der Stirn- und Scheitelgegend. Nicht bewußtlos. Gute Wundheilung. Seitdem vermehrter Kopfschmerz, rasche Abnahme der Sehkraft und des Gedächtnisses. Mitunter Erbrechen; vorübergehend Doppeltsehen. Pat. führt sein Leiden auf das im Mai 1901 erlittene Trauma zurück.

Status: Kleiner, kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Puls regelmäßig, klein. Über dem Stirnbein, der linken Kranznaht und dem rechten Scheitelbein 2—5 cm lange, gut verschiebliche, nicht schmerzhafte Hautnarben. Keine Knochendefekte. Schädel über dem rechten Parietalbein etwas mehr ausgebuchtet als links. Pupillen weit, rechts = links, lichtstarr. Rechts Parese des m. rektus internus, superior und inferior. Sehvermögen: nur noch Unterscheidung von Hell und Dunkel. Beiderseits Stauungspapille. Fazialis und Akustikus intakt. Keine Spasmen. Sensibilität in allen Qualitäten ungestört. Sprache normal. Links Babinsky, sonst Reflexe normal. Gang unbehindert. Keine Ataxie.

November 1901: Häufige epileptische Anfälle mit völliger Bewußtlosigkeit.

Dezember: Isolierte Zuckungen des linken Armes und Beines. Linker Mund- und Augenfazialis paretisch. Ptosis links.

Januar 1902: Gehobene Stimmung und Witzelsucht. Kopfschmerzen in wechselnder Intensität. Mitunter Brechreiz. Einzelne Anfälle.

Februar: Zahlreiche Anfälle mit klonisch-tonischen Zuckungen sämtlicher Extremitäten. Bewußtseinstrübung, Schaum vor dem Mund. Pupillen weit, auf Konvergenz geringe Reaktion. Geruch und Geschmack aufgehoben. Zunahme der Somnolenz. Schließlich schwere Benommenheit, schlechte Herzaktion. Exitus 3. III. 1902.

Klinische Diagnose: Tumor cerebri (R. Frontallappen?).

Anatomische Diagnose: Gliosarkom im rechten Parietal- und Okzipitallappen.

Fall II.

K. Z., 44 Jahre, verheiratet, Kassierer. Aufgenommen 5. VII. 1905.

Anamnese: Früher nie krank. Keine Lues. Seit letztem Winter häufige Klagen über Kopfschmerzen. Mai 1905 Fall auf den Kopf beim Radfahren. Zunächst keine Beschwerden, erst 36 Stunden nachher Kopfweh und Erbrechen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fühlte sich seither nicht mehr gesund, sei aber schon vor dem Fall verändert gewesen. In den letzten Wochen allmähliche Verschlechterung der Schrift. Seit 8 Tagen starkes Kopfweh und Schläfrigkeit. Schiebt beim Gehen die rechte Körperhälfte vor. Gemütlich sei Pat. stumpf und gleichgültig geworden. Das Kopfrechnen gehe schlechter. Pat. selbst führt die Erkrankung auf den Unfall zurück. Nach diesem sei es ihm 8 Tage lang gewesen, wie wenn er einen Schleier vor den Augen hätte.

Status: Untersetzt, gut genährt. Schädel nicht klopfempfindlich. Pupillen gleich weit, linke verzogen. Reaktion träge. Augenhintergrund normal. Augenbewegungen ungestört. Linker unterer Fazialis paretisch. Hörvermögen beiderseits stark herabgesetzt. Zunge weicht beim Hervorstrecken stark nach links ab. Sprache und Sensibilität nicht gestört. Hände zittern beim Ausstrecken. Romberg'sches Phänomen. Reflexe lebhaft. Gang nicht ataktisch, doch ist Patient außer Stande, eine bestimmte Richtung einzuhalten.

Psychisch: bald heiter, bald sinnlos fortdrängend und mißmutig, stets orientiert.

11. Juli: Starkes Kopfweh, anhaltendes Erbrechen.

Bewußtseinstrübung, gesteigerte Reflexe, Babinsky positiv. Zunehmende Pulsverlangsamung. Nachmittags tiefe Bewußtlosigkeit. Exitus.

Klinische Diagnose: Tumor cerebri?

Anatomische Diagnose: Gliom im rechten Okzipitallappen.

Fall III.

Auch bei dem folgenden Fall kann kaum ein Zweifel darüber bestehen, daß der Tumor zur Zeit des Unfalls bereits vorhanden war, da schon einen Monat nach diesem Unfall Tumorerscheinungen auftraten und 5 Monate darauf der Tod eintrat.

Die Autopsie zeigte, daß es sich um einen ungewöhnlich großen Tumor handelt und es erscheint sehr unwahrscheinlich, daß dieser durch das Trauma zur Entwicklung gebracht wurde und innerhalb 5 Monaten eine solche Ausdehnung erreicht hat. Weit näher liegt die Annahme, daß der Patient bereits vor dem Unfall krank war und der Unfall gerade die Folge einer durch den Tumor bedingten Ungeschicklichkeit gewesen ist.

F. F., 48 Jahre, verh., Weingärtner. Aufgenommen 17. IX. 08.

Anamnese: Ruhiger Mensch ohne Besonderheiten. Glitt im Mai 1908 mit einem Sack Kartoffeln auf der Treppe aus und fiel herunter. Erlitt eine Rippenfraktur, war nicht bewußtlos.

Erkrankte im Juli 1908. Glaubte ein Mann, der nachts in der Nachbarschaft lärmte, wolle ihn ermorden. Seither dauernd zu Bett, klagte über Schwindel und Müdigkeit. Allmähliche Verschlimmerung, Stirnkopfschmerzen. Viel Übelkeit, kein Erbrechen. Vergeßlichkeit. Wurde unsicher auf den Beinen, auf der Kopfhaut kribbelndes Gefühl.

Status: Schwer benommen, nur mit Mühe fähig zur Antwort, versteht jedoch Fragen. Schmerzen im Hinterkopf. Schleier vor den Augen. Gibt an, die linke Hand sei schwächer geworden. Habe zu Hause allerlei Bilder gesehen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Elefanten, Pferde usw. Ist nicht recht orientiert, kann sich nur mühsam konzentrieren. Schädel klopfempfindlich, besonders rechte Temporalgegend. Beim Schütteln Schwindel und Übelkeit. Links leichte Fazialisparese. Augenbewegungen: Konvergenz schlecht. Rechts Andeutung von Ptosis. Augenhintergrund: beiderseits Stauungspapille. Pupillen mittelweit, gleich. Reaktion auf Lichteinfall prompt. Starke statische Unsicherheit. Patellar- und Achillessehnenreflexe gesteigert, links mehr als rechts. Links fehlendes Lagegefühl, Berührungs- und Temperaturempfindung herabgesetzt. Starke Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämme.

21. IX. Zunehmende Hirndrucksymptome. Pupillen verzogen, lichtstarr, rechte weiter als linke. 1. X. Exitus.

Klinische Diagnose: Tumor in der Gegend der Capsula interna und des Thalamus opticus rechts.

Anatomische Diagnose: Sarkom des Balkens und Fornix. Auf der rechten Seite ist der Tumor umfangreicher als links.

Fall IV.

Bei diesem Fall handelt es sich um eine Patientin, die 4 Jahre, ehe Tumorerscheinungen bei ihr auftraten, eine Treppe herunterfiel, ohne sich dabei eine Schädelverletzung zuzuziehen.

Es kann in Anbetracht dieses Umstandes und der Länge der Zeit nicht als wahrscheinlich angenommen werden, daß irgendein Zusammenhang des Traumas mit der Erkrankung besteht.

A. K., 62 Jahre, Taglöhnersfrau. Aufgenommen 8. X. 1902.

Anamnese: Keine erbliche Belastung. Früher nie krank. 4 gesunde Kinder. Kein Abort. Normale Veranlagung. Fiel 1898 eine Treppe herunter, war nicht bewußtlos, hatte aber lange Zeit hinterher Kopfschmerzen. Seit 3 Monaten Müdigkeit, Schwäche im linken Arm und in den Beinen, schleift beim Gehen die Füße auf dem Boden. Hochgradige Störung der Merkfähigkeit. Seit 6 Wochen Kopfschmerzen, kann nicht mehr ohne Unterstützung gehen; spricht fast nichts mehr; ist desorientiert.

Status: Kräftig gebaute Patientin. Puls regelmäßig, 80 in der Minute. Innere Organe o. B. Rechtes Scheitelbein druckempfindlich. Rechte Pupille enger als linke. Reaktion auf Konvergenz normal, auf Lichteinfall träg. Linke Papille blasser als rechte. Linker Abduzens und linker Fazialis paretisch. Grobe Kraft und Motilität links schlechter als rechts. Sprache intakt, Reflexe normal, rechts = links. Droht beim Stehen nach links hinten zu fallen. Verschluckt sich leicht.

Psychisch: Zeitlich und örtlich desorientiert, apathisch. Merkfähigkeit gestört.

25. X. Die linke Hand wird nicht bewegt, stereotypes Hin- und Herfahren mit der rechten Hand. Kopf stark nach rechts gedreht, Nackensteifigkeit. Meist somnolent, mitunter verwirrt.

3. XI. In den letzten Tagen staffelförmiges Ansteigen der Temperatur und Verschlechterung der Herztätigkeit. 11 Uhr abends Exitus.

Klinische Diagnose: Organisches Hirnleiden (Tumor cerebri?)

Anatomische Diagnose: Sarkom im rechten Hemisphärenmark.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Gruppe: Fälle mit möglichem, bzw. wahrscheinlichem Zusammenhang.

Fall V.

Im folgenden Fall handelt es sich nach dem klinischen Bild um einen Kleinhirntumor.

Der Patient zog sich 15 Jahre vor Beginn der Tumorerscheinungen eine blutige Wunde am Hinterkopf zu, deren Residuen deutlich wahrzunehmen sind.

Ein Zusammenhang der Erkrankung mit diesem Trauma ist insofern nicht ganz von der Hand zu weisen, als es sich um einen sehr langsam wachsenden Tumor gehandelt zu haben scheint, da zwischen dem Beginn der deutlichen Tumorerscheinungen und dem Exitus ebenfalls ein Zeitraum von 10 Jahren liegt.

F. K., 26 Jahre, kathol. Priester. Aufgenommen 23. I. 1899.

Anamnese: Als Kind gesund. Im Alter von 10 Jahren fiel dem Patienten aus $1^1/_2$ m Höhe ein Dachziegel auf den Hinterkopf. Es wurde ihm schwindelig, sonst keine zerebralen Erscheinungen. Kam auf Schule und Universität gut vorwärts. Seit $1^1/_2$ Jahren Kopfschmerzen. Vor 1 Jahr vorübergehend Unsicherheit in den Beinen. Vor 7 Wochen Doppeltsehen, das 8 Tage andauerte. Seit 5 Wochen Unsicherheit im Gang und beim Schreiben, Erbrechen, Kopfschmerzen, besonders am Hinterkopf. Seit 4 Wochen Gürtelgefühl. Seit 3 Wochen Zunahme des Schwindels beim Gehen, es zieht ihn dabei immer nach rechts. Nie benommen.

Status: Mittelgroßer, gut genährter Mann. Am Hinterkopf 2 cm lange Narbe, die verschieblich und nicht schmerzhaft ist. Umgebung derselben leicht druckempfindlich. Pupillen gleichweit, reagieren prompt. Nystagmus. Augenbewegungen unbehindert. Hintergrund normal. Reflexe lebhaft. Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert. Leichter Tremor der Hände. Lage- und stereognostischer Sinn der Extremitäten, Sensibilität intakt. Keine deutliche Ataxie bei Bewegungen der Arme und Beine. Schwankt beim Stehen mit geschlossenen Augen, droht nach rechts zu fallen. Gang unsicher, taumelnd. Innere Organe o. B. Puls von normaler Frequenz, regelmäßig. Urin frei von Eiweiß und Zucker.

Psychisch: klar, geordnet, stets heiter und zufrieden.

Februar: Gang gebessert. Klagt über Taubsein der Hände und Füße; stereognostischer Sinn am 4. und 5. Finger rechts gestört.

März: Kann ohne Unterstützung gehen, ist aber immer noch unsicher. Schrift ausfahrend. Klagt über Schmerzen im Hinterkopf, Taubsein an der Außenfläche des linken Beines, unsicheres Sehen. Papillen hyperämisch. Grobe Kraft der Arme und Beine gut.

Entlassen 21. III. 1899.

Klinische Diagnose: Tumor cerebelli.

Oktober 1900 (laut Mitteilung der Mutter): Hochgradige Sehstörungen. Starker Schwindel und Schmerz im Hinterkopf. Mangelhaftes Tastvermögen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gestorben 18. II. 1907 (laut Mitteilung der Mutter): Pat. konnte in den letzten Jahren seines Lebens weder gehen noch stehen. Keine Abnahme der geistigen Fähigkeit, stets klar und besonnen. Sektion nicht ausgeführt.

Fall VI.

Bei diesem finden wir ebenfalls eine Übereinstimmung des Ortes der Gewalteinwirkung mit der Lokalisation des Tumors, wie aus der Krankengeschichte hervorgeht. Auch die zwischen dem Zeitpunkt der Verletzung und dem Beginn der Tumorsymptome liegende Zeit von 4 Monaten spricht für einen solchen Zusammenhang, besonders da es sich nach dem Verlauf der Krankheit um eine rasch wachsende Geschwulst handelt. Eine Obduktion der Leiche ist nicht vorgenommen worden.

E. B., 33 Jahre, verheiratet, Sattler. Aufgenommen 8. X. 1904.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Früher nie krank. Keine Lues.

Patient wurde am 22. April 1904 von einer Kuh gegen die linke Stirnseite gestoßen. An dieser Stelle Beule, die sich langsam vergrößerte und vereiterte. Anfang Mai 1904 Stoß gegen die linke Schädelseite; Beule. War nach keiner der beiden Verletzungen bewußtlos.

Seit Ende August: Rücken- und Kopfschmerzen, Sprachstörung (Vorbeireden).

Status: Schläfenbein über dem linken Ohr ausgebuchtet. Haut darüber verschieblich. Über dem linken Auge gegen die Nasenwurzel zu Fünfmarkstückgroße unregelmäßige Narbe, schlecht auf dem Knochen verschieblich. An den Augen normale Verhältnisse, Funktion intakt. Kein Romberg, keine Ataxie oder Tremor. Muskulatur überall gut innerviert. Ist orientiert und geordnet. Sehr ausgesprochene Paraphasie. Intelligenz gestört: Patient löst nur ganz einfache Rechenaufgaben.

Verlauf: Mitunter benommen, oft laut und gewalttätig. Halluziniert. Meist geordnet und klar, versteht Gesprochenes. Stereotype Bewegungen. Aphasie und Paraphasie, Agraphie.

23. November: Erbrechen und Schwindel, Romberg'sches Phänomen.

24. November: Operation. Punktion an der Stelle des motorischen Sprachzentrums ergibt weder Blut noch Eiter. Hautknochenlappen über der motorischen Region links. Eröffnung der Dura. Windungen abgeflacht. Venen prall gefüllt, normale Pulsation des Gehirns. Kein Tumor aufzufinden, doch wird der Verdacht auf das Bestehen eines solchen im linken Stirnhirn ausgesprochen.

Januar 1905: Wunde gut verheilt. Parese des rechten unteren Fazialis. Zunehmende Somnolenz und Stumpfheit. Dabei Euphorie. Sprache vorübergehend auffallend gut. Wird nach Haus entlassen.

Klinische Diagnose: Tumor des linken Stirnhirns.

Gestorben 17. April 1906, nachdem laut Mitteilung des behandelnden Arztes zunehmende Verblödung eingetreten war. Sektion nicht gemacht.

Fall VII.

Auf etwas unsicherem Boden befinden wir uns bei der Beurteilung des nächsten Falles, indem über den Ort der Schädelverletzung nichts Näheres bekannt ist. Jedenfalls hat es sich nach der Anamnese um eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stärkere Gewalteinwirkung gehandelt. Ein Zusammenhang zwischen dieser und der Geschwulstbildung erscheint möglich.

J. S., 26 Jahre, ledig, Metzger. Aufgenommen 14. III. 1901.

Anamnese: Früher gesund. Kein Potus, keine Lues. Keine hereditäre Belastung. Vor 10 Jahren Schlag mit einem Kugelstock über den Kopf. War bewußtlos; 3 Tage Kopfschmerzen, kein Erbrechen, kein Schwindel. Seit Oktober 1899 fast dauernd starke Schmerzen in Stirn und Hinterkopf. Übelkeit, Erbrechen. Alkoholintoleranz. Seit Dezember 1900 Anfälle; Patient dreht dabei den Kopf stark nach links, verliert das Bewußtsein und fällt zu Boden. Wurde reizbar. In der letzten Zeit Verfolgungsideen.

Status: Mittlerer Ernährungszustand. Stirn beiderseits klopfempfindlich. Pupillen gleichweit, Reaktion auf Lichteinfall und Konvergenz normal. Ausgesprochene Stauungspapille, links stärker als rechts. Augenbewegungen ungestört. Fazialis frei. Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert. Am rechten Zungenrand Bißwunde. Gang unsicher, taumelnd. Romberg'sches Phänomen. Reflexe, Sensibilität, Motilität normal. Innere Organe o. B. Puls klein. Hände zyanotisch.

März: Wiederholt Erbrechen, Kopfschmerzen in der Stirngegend, Gefühl von Schwäche im linken Unterarm. Psychisch: Reizbar, in seinen Angaben weitschweifig, äußert Verfolgungsideen, mitunter heiter, euphorisch.

April: Teils Verstimmung, teils Euphorie und Witzelsucht. Zeitweilig Kopfschmerz. Rechts Fußklonus.

Mai: Gehobenes Selbstbewußtsein. Größenideen. Rechte Pupille weiter als linke. Sonst unverändert.

Juni-Juli: Stimmung gehoben; mitunter reizbar, aggressiv, zerstörungssüchtig.

August-Oktober: Zunehmende Kopfschmerzen. Häufiges Erbrechen. Unrein mit Urin. Mundfazialis rechts besser als links innerviert. 9. Oktober: Exitus durch Atemlähmung.

Klinische Diagnose: Tumor cerebri.

Anatomische Diagnose: Endotheliom im rechten Stirnhirn.

Fall VIII.

Bei dem im folgenden beschriebenen Krankheitsbild handelte es sich um ein schweres Schädeltrauma, welches jahrelang zeitweilig auftretende epileptiforme Anfälle zur Folge hatte. Wir fassen diese zunächst als zerebrale Reizerscheinungen nach Schädelverletzung auf, da eindeutige Tumorsymptome erst 7 Jahre nachher auftraten, glauben aber in Anbetracht der Kontinuität der Erscheinungen die Geschwulstbildung als durch die Kopfverletzung ausgelöst ansehen zu dürfen.

A. D., 39 Jahre, verheiratet, Lokomotivführer.

Anamnese: Früher nie krank, keine Lues, 4 gesunde Kinder. Wurde im Dezember 1901 von backsteingroßer Steinkohle mitten auf den Kopf getroffen. Keine Hautwunde. Fiel dabei um, konnte aber gleich wieder aufstehen. Keine Unfallmeldung. Spürte 14 Tage lang Blutandrang nach dem Kopf. Seit dem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unfall kurzdauernde Bewußtseinstrübungen mit leichten Krämpfen in den Armen und Blutandrang nach dem Kopf.

1. Aufnahme im Januar 1906: Außer geringer Abblassung der Papillen des Sehnerven und Ungleichheit der Sehnenreflexe keine Krankheitserscheinungen nachweisbar. 1906—1908 Wiederholung der Anfälle in vierwöchentlichen Pausen. Seit Ende März 1908 starke Schmerzen im Hinterkopf, Erbrechen, Doppeltsehen.

2. Aufnahme 25. April 1908.

Status: Großer, kräftiger Mann. Hinterhaupts- und rechtes Scheitelbein etwas klopfempfindlich. Beginnende Stauungspapille, rechts mehr als links. Sehvermögen rechts vermindert. Linksseitige Abduzenslähmung. Fazialis intakt. Sprache nicht gestört. Muskelkraft, Motilität, Sensibilität gut. Sehnenreflexe an den Beinen rechts lebhafter als links. Innere Organne ohne Besonderheit.

Psychisch: ruhig, geordnet, freundlich, keine Störungen.

15. Mai: Patient hatte zweimal Anfälle von Erbrechen und heftigem Kopfschmerz, der sich vom Hinterhaupt nach der Stirn zu zog und 1 $^1/_2$ Tage dauerte.

21. Mai: Rückgang der linksseitigen Abduzenslähmung. Patient hat nur noch geringe Kopfschmerzen. Wird nach Hause entlassen. Beschäftigt sich wieder als Aufseher einer Lokomotivwerkstätte.

26. Sept. 1908: Plötzlicher Exitus. Hatte tags vorher noch gearbeitet. War ungern aufgestanden. Klagte nur über lebhafte Kopfschmerzen. Suchte das Bett auf wegen Unwohlseins. Starkes Erbrechen und Tod unter Atemlähmung.

Klinische Diagnose: Tumor cerebri.

Anatomische Diagnose: Gliom des rechten Schläfenlappens. Zahlreiche ältere und frische Blutungen im Tumor. Alte Erweichungen um den Tumor.

Fall IX.

Der letzte Fall scheint uns am besten einen Einblick in den Zusammenhang zwischen Trauma und Hirngeschwulst zu gewähren, da wir hier in der glücklichen Lage sind, neben dem eigentlichen Tumor noch die Wirkung der durch das Trauma geschaffenen Zerstörung am Gehirn autoptisch nachweisen zu können. Wir geben deshalb die Krankengeschichte des Falles wegen seiner prinzipiellen Wichtigkeit etwas ausführlicher wieder.

1. Krankengeschichte über das Trauma.

W. S., 22 Jahre. S. kam am 2. März 1905 nachts betrunken in die Kaserne, turnte am Querbaum und fiel dabei auf den Hinterkopf. Wird sofort ins Lazarett gebracht. Befund: Kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand. Ist benommen, taumelt, antwortet mit lallender Stimme und nur auf laute Fragen. Aus beiden Ohren kommt tropfenweise Blut. Am Hinterkopf fluktuierende Geschwulst; keine Verletzung.

Diagnose: Schädelbruch.

Am nächsten Morgen Somnolenz; Fazialisparese links. Sonst keine Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen. Puls 54, regelmäßig. Augenlider blutunterlaufen. Während mehrerer Tage Benommenheit. Künstliche Fütterung.

10. III. Kopfschmerzen. Deutlich hängender linker Mundwinkel. Rückgang der Somnolenz.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

15. III. Sensorium frei. Euphorie. Gute Fortschritte der Heilung, keine Beschwerden.

21. V. Fazialis völlig normal. Pat. klagt noch über starken Schwindel beim In-die-Höhe-Sehen. Wird als dienstunbrauchbar entlassen.

2. Krankengeschichte der Klinik.

W. S., 25 Jahre, ledig, Bierbrauer. Aufgenommen 13. X. 1908.

Anamnese: Bis zu dem Trauma im März 1905 gesund. Bis Frühjahr 1906 keine krankhaften Störungen. Seitdem Anfälle mit Bewußtlosigkeit, Schaum vor dem Mund, Zungenbiß, Zuckungen der Glieder. Nachher Benommenheit. Zwischenräume zwischen den Anfällen 5 Tage bis 5 Wochen. Seit einem Jahr zunehmende Schwerfälligkeit und Gedächtnisschwäche, Reizbarkeit, Unsicherheit des Ganges.

Status: Reduzierter Ernährungszustand. Innere Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Puls 100, regelmäßig. Rechte Schädelhälfte etwas klopfempfindlich. Pupillen weit, rechts = links, reagieren nicht auf Lichteinfall und Konvergenz. Schmerzen im rechten Bulbus. Augenbewegungen frei. Kann größere Schrift lesen, sieht rechts schlechter als links. Gang unsicher, taumelnd. Romberg'sches Phänomen stark ausgesprochen. Fazialisparese links. Haut- und Sehnenreflexe sehr lebhaft, beiderseits gleich. Fußklonus, Babinsky beiderseits positiv. Sensibilität intakt. Klagt über starke Kopfschmerzen. Bewußtsein getrübt, Auffassung erschwert. Ist nicht genau orientiert, apathisch und willenlos. Keine Halluzinationen oder Wahnideen.

16. Okt. 1908: In den letzten Tagen zunehmende Benommenheit und häufiges Erbrechen. Exitus letalis.

Klinische Diagnose: Hirnabszeß oder Tumor cerebri. Symptomatische Epilepsie.

Anatomische Diagnose: Gliosarkom des rechten Hemisphärenmarks. Residuen mehrerer alter kleinerer Erweichungen an den beiden Stirn- und Hinterhauptspolen.

Als reinen Fall, der allen Anforderungen in klassischer Weise entspricht, werden wir den zuletzt mitgeteilten Fall S. betrachten können. Wir haben hier ein Gehirn vor uns, in dem wir nebeneinander die Einwirkungen eines Traumas und einen Tumor vorfinden. Die Reste der traumatischen Einwirkungen finden wir in kleinen alten Erweichungen an beiden Stirn- und Hinterhauptslappen. Die nähere mikroskopische Untersuchung, deren Resultat in einer in Vorbereitung befindlichen Publikation aus dem anatomischen Laboratorium der Tübinger psychiatrischen Klinik wiedergegeben werden soll, ergibt, daß in unmittelbarer Nähe dieser kleinen Erweichungen bereits in deutlicher Weise die unzweifelhaften Anfänge von Gliombildung sich feststellen lassen, während außerdem am gleichen Gehirn das Vorhandensein eines großen Tumors (Gliosarkom) festgestellt wurde, und zwar an einer Stelle, die klinisch Reiz- und Ausfallserscheinungen unmittelbar nach dem Trauma ergeben hat.

Wie schon oben erwähnt, kommt es bei der Beantwortung der Frage nach dem Zusammenhang von Kopfverletzung und Hirntumor nicht sowohl auf die genaue Berechnung der Prozentzahl, d. h. die zahlenmäßige Er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mittlung, wie häufig ein solcher Zusammenhang vorkommt, sondern vielmehr auf die Feststellung an, daß überhaupt ein solcher Zusammenhang als unzweifelhaft angenommen werden muß. Die praktische Bedeutung einer solchen Feststellung ist einleuchtend, da es sich um eine auch für die Unfallkunde wichtige Frage handelt.

Die Bemühungen, den Zusammenhang von Trauma und Tumor in Zahlen auszudrücken, werden immer auf Schwierigkeiten stoßen, da eben die Kriterien, die einen solchen Zusammenhang als erwiesen zulassen, nur in seltenen Fällen in einwandsfreier Weise gegeben sind.

Literatur.

1. Schmaus, Grundriß der patholog. Anatomie, S. 148.
2. Würz, Über die traumat. Entstehung von Geschwülsten. Bruns Beiträge z. klin. Chir., Bd. 26, 1900.
3. Machol, Die Entstehung der Geschwülste im Anschluß an Verletzungen. Inaug.-Diss., Straßburg 1900.
4. Wolff, Zur Entstehung von Geschwülsten nach traumat. Einwirkungen. Inaug.-Diss., Berlin 1874.
5. Ziegler, Münch. Med. Woch. 1895, Nr. 27.
6. Löwenthal, Archiv f. klin. Chir. 49, I.
7. Jordan, Über die Entstehung von Tumoren, Tuberkulose und anderen Organerkrankungen nach der Einwirkung stumpfer Gewalt. Münch. Med. Woch. 1901, Nr. 44
8. Ribbert, Inwieweit können Neubildungen auf traumat. Einflüsse zurückgeführt werden? Ärztl. Sachverst.-Zeitung 1898, Nr. 19, 20.
9. Adler, Über das Auftreten der Hirngeschwülste nach Kopfverletzungen. Arch. f. Unfallkunde 1898, 2.
10. Eduard Müller, Ätiologie u. patholog. Anatomie der Geschwülste des Stirnhirns. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkde. 1903, Bd. 23.
11. Biro, Über Hirngeschwülste. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkde. 1908, Bd. 34.
12. Bruns, Die Geschwülste des Nervensystems. 2. Aufl. 1908.
13. Oppenheim, Die Geschwülste des Gehirns. Nothnagel, Spez. Path. u. Ther. IX, 2.
14. 15. Zit. n. Oppenheim.
16. Liefmann, Berl. klin. Woch. 1904, Nr. 36.
17. Hitzig, Berl. klin. Woch. 1892, Nr. 29.
18. Zit. n. Oppenheim.
19. Friedeberg, Klin. therap. Woch., X. Jahrg., S. 15.
20 M. Friedmann, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkde. 1908.
21. Schüller, Exper. u. histolog. Unters. über die Entstehung und Ursache der skrophul. u. tuberk. Gelenkleiden, Stuttgart 1880.
22. Krause, Die Tuberkulose der Knochen u. Gelenke, 1891.
23. Gerhardt, Das Gliom, ein Beitrag zur qualitat. Diagnostik der Hirngeschwülste, Würzburg 1882.
24. Borst, Die Lehre von den Geschwülsten I, S. 80.
25. Thiem, Handbuch der Unfallerkrankungen, S. 769 f.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Konrad Ferdinand Meyer.

Eine pathographische Skizze[1]).

Von **Dr. med. Wilhelm Lange,** Tübingen.

K. F. Meyer war zeitlebens ein pathologischer Mensch und erschien auch Laien als merkwürdig und sonderbar. Daß er so spät zur „Reife" und dichterischen Produktion gelangte, haben viele als ein unbegreifliches Wunder angestaunt[2]). Und doch liegt — für Psychiater — kein Grund vor, besonders lange über den Fall und seine Rätsel nachzudenken, nicht mehr als bei jeder Psychose.

In der medizinischen Literatur gibt es, soviel ich sehe, bis jetzt drei verschiedene Diagnosen: von Heß, von Möbius und von Sadger[3]).

Heß (1901) nimmt an, es handle sich um eine konstitutionelle Verstimmung bis zum 35. Lebensjahre und um eine verspätete „Reife"; dann sei eben die geistige Reife und eine relative Genesung eingetreten. Die Psychose von 1892 hält er für eine „Rückbildungsmelancholie", ausgehend in „Heilung mit Defekten". Gegen manisch-depressives Irresein spräche wohl das ganze Krankheitsbild.

Möbius (1907) stellt, indem er in einer Anmerkung die Arbeit von Heß anführt, die Diagnose „Dementia praecox", ohne dies indessen näher zu begründen.

Sadger (1908) spricht von „Belastung", was im Sinne der Kraepelin'-

---

[1]) Diese Skizze ist als ein Gegenstück zu der Sadger'schen Arbeit entstanden. Sie bezweckt nichts anderes, als die psychiatrische Diagnose des Falles K. F. Meyer zu begründen. Von einer Besprechung der Werke ist abgesehen worden, da sie nicht ergebnisreich genug erschien. Dasselbe Bedenken scheint mir überhaupt einer vertieften, größeren Pathographie über M. entgegenzustehen. Denn wirklich wissenschaftlich wird das Krankheitsbild in seiner vollen Breite schwerlich zu fassen sein; dafür waren die Schwankungen allzu zahlreich. Andererseits muß es Psychiatern und Laien doch darauf ankommen, die Diagnose festzustellen und das Rätsel der späten Produktion zu „lösen" oder doch auf ein bekannteres zurückzuschieben.

[2]) Vergleiche die Biographie K. F. Meyer's von Adolf Frey (Cotta, Stuttgart, 1900) und die Briefe (herausgegeben von Frey, Haessel, Leipzig, 1908).

[3]) Eduard Heß, Über Conrad Ferdinand Meyer. (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 58, S. 1164.)

Möbius, Kritische Bemerkungen über Pathographie (Halle, Marhold, 1907, S. 39).

Sadger, Konrad Ferdinand Meyer. Eine pathographisch-psychologische Studie (Bergmann, Wiesbaden, 1908).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schen Schule wohl dem Begriffe der Psychopathie, der angeborenen Nervosität und Degeneration gleichzusetzen ist; die „späte geistige Entwicklung" sei „aus erotischen Motiven zu erklären". K. F. Meyer habe an einer unbefriedigten sexuellen Liebe zu seiner Mutter gelitten; ihr Tod und außerdem finanzielle Unabhängigkeit hätten seine verspätete Produktivität heraufgeführt. Die Erkrankung von 1887—88 war nach Sadger's Auffassung eine Hysterie, die Psychose von 1892 eine „senile Melancholie mit schließlicher Defektheilung".

K. F. Meyer ist ein Manisch-Depressiver gewesen, und zwar von frühester Kindheit an.

Unter den Vorfahren sehen wir viele begabte Familienmitglieder, und namentlich scheint die Schriftstellerei bei ihnen nichts Ungewöhnliches gewesen zu sein.

Meyer's Großvater väterlicherseits heiratete eine Cousine.

Meyer's Vater war ein Psychopath von einer unglaublichen Gewissenhaftigkeit und Peinlichkeit, Arbeitsamkeit und Pedanterie; manches an ihm erinnert schon fast an eine Veranlagung zu Zwangsvorstellungen. Seine Stimmung war vorwiegend die einer stillen, sanften Heiterkeit.

Der Großvater mütterlicherseits scheint an Zyklothymie gelitten zu haben; Reizbarkeit, Stimmungswechsel, „häufig erschütterte Nerven" und melancholische Anwandlungen werden von ihm berichtet. Er soll — körperlich und geistig — der „eigentliche" Vorfahr des Dichters gewesen sein.

Die Mutter müssen wir wohl in das manisch-depressive Irresein einordnen, jedenfalls stand sie diesem außerordentlich nahe. Sie litt mit 15 Jahren an einer Melancholie und ebenso mit 54 Jahren; diese letztere ging mit schweren Selbstvorwürfen einher und endete mit einem Selbstmord in einer Heilanstalt. In der Zeit zwischen diesen beiden Melancholien hatte sie zwar viel unter Migräneanfällen zu leiden, war aber im übrigen eine äußerst tätige, geistvolle und liebenswürdige Frau; sie war das, was wir als hypomanisches „Temperament" bezeichnen können.

Meyer's Schwester Betsy war eine gesunde, ungewöhnlich energische Frau (zuletzt als Irrenpflegerin tätig).

K. F. Meyer selber (geboren 1825) fiel schon vor seinem zweiten Jahre durch originelle Einfälle auf; er war überaus mutwillig, lebhafter als normale Kinder und „tollte unbändig umher": alles ganz und gar wie bei einem kleinen Maniakus.

Mit dem zweiten Jahre trat (nach dem Überstehen der Röteln) eine auffallende psychische Veränderung ein, es entstand gleichsam eine völlig neue Persönlichkeit. Der Knabe wurde still, weich und lenksam; Übermut und Fröhlichkeit waren verschwunden. Er wurde äußerst reizbar

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und konnte jäh aufbrausen — kurz, es entwickelte sich ein eigenartiger Mischzustand: leichte Depression mit Reizbarkeit.

Ohne Kenntnis der Kraepelin'schen Lehre von den Mischzuständen ist Meyer's Wesen in den folgenden Jahren überhaupt nicht zu verstehen. Man darf ihn nicht etwa — was Nicht-Psychiatern allerdings leicht begegnen könnte — mit einem Psychopathen oder Hysterikus verwechseln.

Noch mit zehn Jahren finden wir eine erhöhte Gemütserregbarkeit und Neigung zum Weinen. Dann aber, zu Beginn der Gymnasialzeit, schlägt die Stimmung für längere Zeit um; der Knabe entwickelt große Fähigkeiten und regen Eifer, er zeigt sich überlegen, lustig und erfindungsreich. So kam er in dieser Hypomanie anfangs als Schüler gut vorwärts in seinen Leistungen.

Darauf beginnt er plötzlich zu versagen und bleibt zurück; er wird zerstreut, verträumt und unfähig, sich zu konzentrieren: also erhöhte Ablenkbarkeit und leichte Denkhemmung.

Mit etwa 15 Jahren sehen wir ihn wieder eifrig am Zeichnen und ein lustiges Gedicht über seine Klassengenossen verfassen.

Nun folgte bis zum Abiturientenexamen, das Meyer mit 19 Jahren bestand, eine Zeit ununterbrochener Schwankungen, die heute nicht mehr im einzelnen kontrollierbar sind, wie wir sie uns aber nach klinisch bekannten Parallelen recht gut vorstellen können. Bald war es eine nervöse, ängstigende Hast, die den Kranken befiel, bald brach er in unerklärlicher Weise in Weinen aus. Im ganzen recht verschlossen und zurückhaltend, fuhr er doch manchmal ungehemmt mit scharfen Worten und Meinungen heraus oder produzierte „extravagante Ideen". Und nicht nur verschiedenartige Stimmungen, sondern auch Betätigungsdrang und Hemmung wechselten in bunter Folge miteinander ab.

Die Zeit vom 20.—27. Jahre müssen wir als eine lange Phase vorwiegender Depression auffassen, einer Depression, die sich immer mehr vertiefte. Der Kranke lebte einsam, war (abgesehen davon, daß er vieles, aber ohne alle Methode in sich hineinlas) gänzlich unfähig zu selbständiger Arbeit und lieferte bloß wenige poetische Entwürfe. Er mied die Menschen und ging nur noch des Nachts aus dem Hause. Sein Benehmen war gereizt und scharf. Innere Zweifel quälten ihn; er wurde allmählich immer mutloser und seines Lebens überdrüssiger. Minderwertigkeitsideen traten hinzu, und er sprach von Selbstmord. Ein unangenehmes Erlebnis — Meyer behorchte die Klagen seiner Mutter über ihn — rief, wie es scheint, eine Exazerbation der Verstimmung hervor und führte den Kranken auf fast drei Monate in eine Heilanstalt. Ob er hier hauptsächlich manisch oder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

depressiv gewesen ist, wissen wir nicht, denn die Anstalt schweigt. Eine tiefere Depression ist das Wahrscheinlichste.

Allmählich klang die Psychose wieder ab: Meyer las, übersetzte und schloß neue Bekanntschaften. Doch blieb er scheu, willensschwach, schlaff und ohne Selbstvertrauen, er war kleinmütig, träumerisch, plan- und energielos. Ab und zu wird er „gleichgültig" genannt (Hemmung?).

Die Jahre von 1852—56 bringen sodann eine langsame Aufhellung der Stimmung: der Kranke wird allmählich heiterer, freundlicher und zufriedener, er spricht leichthin und sorglos von der Zukunft, er zeigt eine fortschreitende Gesundung, eine stetig wachsende Arbeits- und Reiselust.

1856 stirbt die Mutter. Meyer wird finanziell unabhängig und schmiedet allerhand neue Pläne. Er reist nach Paris und schreibt von dort: „Ich werde wahrhaftig von Tag zu Tag gesunder und mutiger." Ohne ernste Betätigung beschäftigt er sich dennoch die ganzen Tage: er korrespondiert, er liest, er schaut sich unter den Menschen um.

Langsam ist die Hypomanie im Steigen. Urplötzlich entschließt er sich (1858) zu einer Reise nach Italien. Und um diese Zeit ungefähr geschieht das oft angestaunte Wunder: Meyer wird produktiv! Sein Lebensgefühl hatte sich völlig umgewandelt. 1860 will er in Lausanne Privatdozent werden; er macht Pläne für die Zukunft, er „lebte auf, zuweilen von einer unbekannten, wunderbaren Lebenslust durchströmt" (Heß).

Vom 35. Jahre an datiert dann erst der eigentliche Beginn seines dichterischen Schaffens.

„Ich war von einem schweren Bann gebunden,
Ich lebte nicht. Ich lag im Traum erstarrt."
(K. F. Meyer.)

Jetzt fühlte er sich frei; der „Bann", die Hemmung war von ihm genommen.

Was nun, etwa bis zum 50. Lebensjahre, sich anschließt, charakterisiert sich als eine leichte motorische Erregung (große Arbeitsamkeit) mit einer gewissen Reizbarkeit. Doch war der Zustand, ebenso wie in der langen Depression der Jugend, weit davon entfernt, ein gleichmäßiger zu sein. Ab und zu traten immer wieder Phasen von Kleinmut und melancholischen Betrachtungen dazwischen. Auch in seinen besten Jahren bot er häufige Stimmungswechsel (ohne äußere Motivierung), war „launenhaft" und unterlag „momentanen Ermüdungen" (Hemmung!).

Meyer wurde, obwohl in der Jugend ungewöhnlich mager, mit dem 40. Jahre korpulent. Er war groß, hatte einen riesigen Schädel (Hydrozephalus), eine Struma und litt an Myopie. Er war nicht alkoholintolerant und ein starker Raucher. Übrigens führte er ein sehr mäßiges, geregeltes

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Leben, immer gleichsam unter der Leitung seiner energischen Schwester. Seine Werke schuf er meist mühsam, langsam, unter endlosem Umbilden und Durchfeilen (gelegentliche Denkhemmung? Nörgelsucht? Individuell?).

Um das 50. Jahr (1875) machte ihn eine Hypomanie produktiver denn je. Er dichtete in ungeahnter Weise neue frische Liebeslieder und andere Werke, heiratete und war zufrieden, wie er selber sagt, „mit Gott und der Welt".

Es ist zu bedauern, daß wir keine Tagebücher von K. F. Meyer besitzen, die uns über alle einzelnen Schwankungen Auskunft geben könnten. Graphologen kann man übrigens nicht eindringlich genug auf die Handschrift des Dichters verweisen; es ist geradezu erstaunlich, in welcher Weise sie sich im Wechsel der Jahre verändert hat.

1887—88 begegnen wir zwei Jahre lang einer Art von Depression. Wohl waren lokale körperliche Beschwerden vorhanden (ein Nasenleiden mit Atemnot. Asthma? Struma?). Aber vor allem waren es nervöse Beängstigungen, die den Patienten peinigten. Da hysteriforme Symptome ja so ungemein häufig bei Manisch-Depressiven sind, so gehen wir gewiß nicht fehl, hier an eine Depression mit psychogener „Übertreibung" objektiver körperlicher Leiden zu denken.

1890 bemerkte man an Meyer — bei im allgemeinen heiterer Stimmung — doch ein merkliches Nachlassen der Kräfte. Dann wurde er immer empfindlicher und erregbarer, wurde mißtrauisch und trübe gestimmt. Auch erzählte er von wunderlichen Vorfällen (Illusionen? Verkennungen? Erinnerungsfälschungen?).

Mit 67 Jahren (1892) verfiel der Dichter in eine tiefe Melancholie, nachdem Klagen über ungewöhnliche Erschöpfung (Hemmung und Insuffizienzgefühl) vorangegangen waren. Er vernichtete viele seiner Manuskripte und dachte an Selbstmord. Man verbrachte ihn (wie einst seine Mutter) in eine Heilanstalt. Er litt an ausgesprochenen Kleinheitsideen, sein Wirklichkeitsbewußtsein war stark herabgesetzt; zeitlich war er meistens desorientiert. Auch hier wieder (vorübergehend?) ein Mischzustand, denn die Wahnvorstellungen lösten in ideenflüchtiger Folge einander ab.

1893 trat eine auffallende Besserung ein, und 1898, kurz vor dem Tode, wurde K. F. Meyer wieder lebhaft und munter. Er lachte herzlich, war von großer Frische und seine Rede „durchzuckt von Gedankenblitzen". Mit einem Worte: eine Hypomanie schloß den Zyklus von Stimmungsschwankungen ab. Im November 1898 starb der Dichter an einem Herzschlage.

K. F. Meyer hat zu den nicht so seltenen Fällen gehört, die von allerfrühester Kindheit an manisch-depressiv sind. Daß die Diagnose ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kannt werden konnte — hier ist nur Heß ernst zu nehmen — liegt wohl daran, daß die Lehre von den Mischzuständen zu wenig beachtet worden ist und daß gerade das Symptom der Hemmung vernachlässigt wurde.

Wenn ferner deutliche Hypomanien und Melancholien vorhanden sind und gleichsam das ganze Leben durchsetzen, so sind die Stimmungsschwankungen usw. der Zwischenzeiten nicht als Ausdruck einer Hysterie oder Psychopathie, sondern als manisch-depressive Zyklothymie aufzufassen. Vor allem aber muß darauf hingewiesen werden, daß K. F. Meyer stets durch längere Jahre hindurch denselben psychischen Habitus, dieselbe Persönlichkeit darbot, um sich dann, abermals auf Jahre hin, gleichsam in einen ganz anderen Menschen zu verwandeln; und diese vollkommen voneinander verschiedenen Persönlichkeiten wechseln das ganze Leben hindurch miteinander ab.

Was Wunder, wenn ihn die erste Hypomanie, die in reiferen Jahren auftrat, dichterisch fruchtbar machte. Wie so oft (aber sicherlich nicht immer) in der Geschichte, hat auch hier wieder einmal eine Hypomanie poetische Produktionen zutage gefördert; es waren die Leistungen des Talentes begünstigt oder gar bedingt durch pathologische Störungen.

Der Fall ist auch sonst noch lehrreich. Was hat man alles an psychologischen Deutungen in das Verhältnis von Mutter und Sohn hineingeheimnist; aber wenn zwei Manisch-Depressive im selben Hause sich nicht immer gut miteinander vertragen, ist dies besonders verwunderlich?

Die Schwester Meyer's hat durch ihre stetige Energie seine „Natur korrigiert" und dem Kranken gleichsam in wohltuend-therapeutischer Weise ein fehlendes psychisches Organ ersetzt.

II. Vereinsbericht.

82. ordentliche Generalversammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 14. November 1908 in Bonn.

Von **Dr. Becker,** Grafenberg.

Der Vorsitzende Pelman eröffnet die Versammlung mit einem Hinweis auf den 50jährigen Todestag Jacobi's und verliest ein Dankschreiben Sander's.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorträge:

Westphal: Über einen Fall von „amnestischer Aphasie", Agraphie und Apraxie nebst eigenartigen Störungen des Erkennens und Vorstellens im Anschluß an eine eklamptische Psychose. (Mit Krankenvorstellung [1]).)

Die vorgestellte 19jährige Patientin H. ist früher mit Ausnahme der Kinderkrankheiten stets gesund gewesen. Sie soll sich gut entwickelt, in der Schule vortrefflich gelernt haben, ihre Auffassungsfähigkeit und Gedächtnis stets besonders gut gewesen sein. In Stellungen als Verkäuferin, Büfettfräulein usw. ist sie mit Erfolg tätig gewesen. Am 7. Januar 1908 wurde Patientin entbunden. Gleich nach der Entbindung traten gehäufte eklamptische Anfälle auf mit drei Tage dauernder Bewußtlosigkeit. Der Urin war stark eiweißhaltig. Am vierten Tage entwickelte sich ein heftiger Erregungs- und Verwirrtheitszustand (Dämmerzustand?), der die Aufnahme in der Lindenburg erforderlich machte.

In der hiesigen Klinik ist sie seit dem 24. März 1908 in Behandlung. Körperlich ließen sich keine Störungen irgendwelcher Art nachweisen, der Befund am Nervensystem war ein durchaus negativer. Der Urin war dauernd eiweißfrei. Die akuten psychotischen Erscheinungen klangen hier allmählich ab, so daß bald eingehendere Untersuchungen der Patientin möglich waren. Es bestand völlige Amnesie für die Zeit der Entbindung, nur summarische Erinnerung für weiter zurückliegende Ereignisse. Zurzeit (Nov. 1908) ist die Amnesie sowohl für die Entbindung, wie für die Schwangerschaft noch eine komplette, während die sonstigen Lücken der Erinnerung sich, wenn auch sehr langsam, mehr und mehr auszufüllen beginnen. Als auffallendste Erscheinung trat nach dem Verschwinden der Psychose bei völlig geordnetem Verhalten der Kranken ein zuerst fast vollständiger Verlust der Fähigkeit des Schreibens hervor. Die ersten Schreibproben zeigen fast nur unverständliche Striche und Schnörkel, nur vereinzelt waren Buchstaben zu erkennen. Durch methodische Schreibübungen, denen sich Patientin mit großem Fleiß unterzog, hat sich die Agraphie ganz allmählich zurückgebildet, so daß jetzt gröbere Störungen des Schreibens nicht mehr vorhanden sind. Interessant ist, daß besonders das Wiedererlernen einzelner Buchstaben, wie z. B. des H, große Schwierigkeiten machte, so daß das Schreiben des eigenen Namens (Hellbach) erst relativ spät möglich wurde. Auch bei dem Aufsagen des Alphabets wurden ganz konstant immer dieselben Buchstaben ausgelassen. Das Lesen war verhältnismäßig wenig durch „Verlesungen" beeinträchtigt.

Neben den agraphischen Störungen traten Erscheinungen „amnestischer Aphasie" von Anfang an sehr deutlich hervor. Völliges Versagen oder Gebrauch von Umschreibungen bei dem Versuch, die einfachsten Gegenstände des täglichen Lebens zu benennen. Ausgesprochenes Haftenbleiben, besonders auch an Fehlreaktionen. Mitunter Gebrauch paraphasischer Ausdrücke.

---

[1]) Dieser Fall ist bereits in der Sitzung der niederrheinischen Gesellschaft vom 20. Juli 1908 von Westphal demonstriert worden. (Referat Deutsche mediz. Wochenschrift 1908, Nr. 53, Vereinsbericht S. 2326.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erscheinungen eigentlicher motorischer oder sensorischer Aphasie fehlten völlig, der Wortschatz der Patientin war trotz der anamnestischen Defekte ein relativ reicher, das Nachsprechen ungestört, das Wortverständnis durchaus intakt.

Bemerkenswerterweise war aber nicht nur die Bezeichnung zahlreicher Gegenstände, sondern auch der Begriff vieler derselben verloren gegangen. Sie erkannte den Gebrauch, die Bedeutung derselben nicht; wenn man ihr den Namen nannte, vermochte sie auf Aufforderung dieselben unter einer Anzahl anderer Gegenstände nicht zu zeigen. Weder durch akustische noch durch optische oder taktile Reize (Anfassen, Berühren) wurde in vielen Fällen der Begriff des Gegenstandes bei der Patientin geweckt, obwohl das Wahrnehmungsvermögen auf optischem, akustischem und taktilem Gebiete völlig intakt war. So war ihr, um nur einige von zahlreichen Beispielen anzuführen, der Begriff von Eis und Schnee, von Feuer, von Donner und Blitz fremd geworden, sie wußte nicht, was ein Ei bedeutet, erkannte ein Hühnerei nicht als solches. In den Kuhstall der Anstalt geführt, hielt sie die Kühe für Pferde, bezeichnete die Hörner als Ohren; als man ihr erklärte, es seien doch Hörner, sagte sie „ja Hörner zum Hören". Ebensowenig wie durch die Wahrnehmung konnten vom Begriff aus die verloren gegangenen Erinnerungsbilder geweckt werden. Das Vorstellungsvermögen für die verschiedensten Sinneseindrücke hatte hochgradig gelitten, so daß sie sich z. B. in keiner Weise vorstellen konnte, daß Hunde bellen, daß Eis kalt ist, daß ein Kanarienvogel gelb aussieht usw. Es war aber nicht nur der Begriff von konkreten Gegenständen, sondern auch der Begriff mancher abstrakter Dinge bei ihr verloren gegangen. Im ganzen war aber der Sinn abstrakter Begriffe (dankbar, undankbar, fromm, gottlos usw.) besser erhalten, als der konkreten Gegenstände. Neben diesen weitgehenden Störungen der Auffassung traten apraktische Störungen bei Aufforderungen, bestimmte einfache Bewegungen (Drohen, Winken, Schwören usw.) auszuführen, hervor. Es wurden von der Patientin statt der zweckentsprechenden, falsche, mitunter auch sinnlose Bewegungen gemacht. Die Analyse dieser eigenartigen Störung des Handelns zeigte, daß es sich nicht um halbseitige motorische Apraxie handelte, sondern daß eine rein psychisch bedingte Störung vorlag. Die Erinnnerung an die Bewegungsbilder war der Patientin verloren gegangen.

Diese agraphischen, amnestisch-aphasischen und apraktischen Störungen, sowie die besonders auffallenden Störungen des Erkennens und Vorstellens sind in ungemein zahlreichen Einzeluntersuchungen während der Beobachtungszeit in der Klinik auf das eingehendste studiert und registriert worden. Was den Verlauf des Leidens anbetrifft, ist in der jetzt über halbjährigen Beobachtungszeit eine sehr langsam fortschreitende, aber deutliche Besserung dieser Störungen zu konstatieren. Daß die Agraphie fast völlig geschwunden ist, erwähnten wir bereits. Die amnestisch aphasischen Störungen treten noch bei der Benennung ungewöhnlicher, wenig geübter Gegenstände deutlich hervor, während fast alle Dinge des täglichen Lebens und täglichen Gebrauchs, deren Bezeichnung in der ersten Zeit auch fehlte, richtig, wenn auch mitunter erst nach längerem Besinnen benannt werden. Auch die apraktischen Störungen sind im Rückgang begriffen. Was die eigen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

artigen Störungen des Erkennens und Vorstellens betrifft, so sind diese von allen krankhaften Erscheinungen noch am deutlichsten vorhanden, wenn sich auch nachweisen läßt, daß auch hier die Übung heilsam gewirkt hat, insofern die Vorstellung mancher Dinge, die der Patientin sehr häufig immer wieder gezeigt und erklärt worden sind, allmählich wieder wach zu werden beginnt. Übungen mit Abbildungen verschiedenster Art waren hier weniger förderlich, als die Betrachtung der betreffenden Objekte selbst. Die Erkennung von fremden Tieren, wie Elefanten, Löwen usw., die der Patientin zahllose Male in Bilderbüchern gezeigt worden sind, ist noch unmöglich oder macht noch die größten Schwierigkeiten, während sie die Haustiere jetzt wieder erkennt, allerdings die Eigenschaften derselben noch sehr mangelhaft beschreibt.

Der Vortragende führt des näheren aus, daß die beobachteten krankhaften Erscheinungen durch psychische Störungen, unter denen Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit die wesentlichste Rolle spielen, bedingt sind. Patientin hat den Namen, den Sinn vieler konkreter Dinge, manche abstrakte Begriffe, das Bild der Buchstaben, vielleicht auch die zur Ausführung nötigen Handbewegungen vergessen. Auf die Bedeutung der psychischen Komponente der „Vergessenheit" beim Zustandekommen der Agraphie hat Monakow ausdrücklich hingewiesen. Unsere Patientin benimmt sich in vieler Hinsicht wie ein lernendes Kind, dem die elementarsten Begriffe noch fehlen, unterscheidet sich aber von dem normalen Kinde durch die weitgehenden Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit. Diese amnestischen Defekte gehen mit sehr erheblichen Störungen der Auffassung Hand in Hand. Da die Erinnerungsbilder vieler konkreter und mancher abstrakter Begriffe verloren gegangen sind, hat auch die Fähigkeit zu den einfachsten Vorstellungen und Kombinationen nach den verschiedensten Richtungen gelitten. Alle diese Erscheinungen werden in der Intensität ihrer Ausbildung durch den jeweiligen Allgemeinzustand der Kranken beeinflußt. Bei zunehmender Ermüdung werden sie meist deutlicher, um nach eingetretener Erholung wieder mehr zurückzutreten.

Eine besondere Betrachtung erfordern manche scheinbar gesucht unsinnigen Antworten der Patientin, die mitunter an „Vorbeireden" erinnern. Bei dem zweifellos bestehenden weitgehenden Defekten des Erkennens und Vorstellens bei unserer Kranken stößt die Analyse solcher Antworten im einzelnen oft auf die größten Schwierigkeiten. Mir scheint die Ursache derselben keine einheitliche zu sein; unsinnige Verlegenheitsantworten, wie sie Kinder ja häufig geben, spielen u. a. wohl nicht selten bei diesen Fehlreaktionen eine Rolle. Mit dem „Vorbeireden" der Katatonie oder des hysterischen Dämmerzustandes haben diese Antworten bei Würdigung des gesamten Krankheitsbildes, in dem katatone und hysterische Symptome durchaus fehlen, nichts gemein. Recht schwierig ist bei dem bestehenden Symptomenkomplex die Beantwortung der Frage, ob eine dauernde Abnahme des geistigen Besitzstandes stattgefunden hat. Ein sicheres Urteil hierüber läßt sich zurzeit nicht abgeben. Die Resultate aller Intelligenzprüfungen können bei der Eigenart der psychischen Ausfallserscheinungen nur mit großer Vorsicht verwendet werden. Es ist nach unseren Be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

obachtungen und dem bisherigen Verlauf der Krankheit indessen wahrscheinlich, daß es sich im wesentlichen um wieder ausgleichbare Störungen der Reproduktion (Ziehen[1]) bei der Kranken handelt. Das eifrige, lernbegierige Verhalten der Patientin, welche die großen Lücken ihres geistigen Besitzstandes durch Üben und Lernen und, wie die wiedererlangte Fähigkeit des Schreibens zeigt, in erfolgreicher Weise auszufüllen bestrebt ist, die zunehmende Einsicht in das Krankhafte ihres Zustandes, entspricht nicht dem Verhalten bei eintretender Demenz. Der Vortragende weist auf manche Berührungspunkte dieses Falles mit einer von Heilbronner[2]) eingehend analysierten eklamptischen Psychose hin. Auch in dem vorliegenden Falle stehen Eklampsie und die ihr folgenden Störungen in naher ätiologischer Beziehung. Die Beobachtungen der nach epileptischen Anfällen auftretenden aphasischen und asymbolischen Störungen (Raecke, Siemerling, Binswanger, Ziehen, Pick, Heilbronner u. a.) tragen zum Verständnis dieser nach eklamptischen Anfällen auftretenden Symptomenkomplexe bei. Daß ähnliche Störungen des Erkennens und Vorstellens auch bei anderen akuten Psychosen vorkommen, zeigt besonders eine interessante Beobachtung[3]) Reich's aus jüngster Zeit, bei der die Defekte im Benennen und Erkennen konkreter Gegenstände den von uns geschilderten Ausfallserscheinungen sehr ähnlich waren.

Die Kenntnis dieser und ähnlicher funktioneller d. h. ohne gröbere anatomische Veränderungen verlaufender Krankheitsbilder mit zahlreichen sonst bei organischen Erkrankungen des Gehirns beobachteten Symptomen ist praktisch und theoretisch wichtig, wie besonders der weit diskutierte Grashey-Weygardt'sche Fall zeigt.

Durch die genaue Analyse derartiger Fälle werden unsere Kenntnisse der Psychologie der Vorstellungstätigkeit vertieft und erweitert werden.

Der Vortragende hat vor kurzem prägnante Fälle[4]) dieser Art nach Kopfverletzungen beobachten können, bei denen sich der enge Zusammenhang von aphasischen, agraphischen und anderen asymbolischen Symptomen mit ungemein mannigfachen somatischen und psychischen Erscheinungen der Hysterie und Neurasthenie, unter denen die mit der Erschöpfbarkeit des Nervensystems Hand in Hand gehenden Gedächtnisstörungen die Hauptrolle spielen, in besonders klarer Weise verfolgen ließ. Autoreferat.

R. Förster (Bonn): Demonstration.

Zehnjähriges Mädchen, das körperlich zurückgeblieben war, sich träge und schläfrig gezeigt hatte und aus der Vorstufe der Hilfsschule von dem Direktor ärztlicher Behandlung zugeführt worden war. Es bestehen ausgesprochene myxödematöse Hautveränderungen und ein leichter Grad von Schwachsinn. Durch Darreichung von Thyreoidintabletten ist bereits Zunahme des Körper-

[1]) Die Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung. Berlin 1908.

[2]) Studien über eine eklamptische Psychose. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Band XVII, J. 3.

[3]) Asymbolie als Störung der Reproduktion. Ref. Neurol. Zentralblatt 1908, Nr. 17, S. 839.

[4]) Diese Beobachtungen werden mit dem demonstrierten Falle zusammen ausführlich veröffentlicht werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gewichts und vermehrtes Längenwachstum erzielt worden. Der Vortragende erwartet von der Fortsetzung der noch nicht lange eingeleiteten Behandlung auch eine weitere Förderung der geistigen Entwicklung.

Mohr (Koblenz): Über Infektionskrankheiten in Anstalten für Geisteskranke.

Die Anstalten bieten häufig Gelegenheit zu einer fast experimentell klaren Entscheidung von wichtigen bakteriologischen und epidemiologischen Fragen, außerdem aber rechtfertigt die große Schwierigkeit ihrer Bekämpfung in Anstalten eine genauere Erörterung. Die Tuberkulose ist im ganzen häufiger als unter der freien Bevölkerung. Besonders gefährdet sind Melancholische, Erschöpfungspsychosen und in Verblödung übergehende Fälle. Gründe für die höhere Tuberkulosemortalität: nur zum Teil der Anstaltsaufenthalt, zum größeren Teil die Eigentümlichkeiten der Psychosen selbst. Betreffs des Typhus tritt jetzt die Bazillenträgerfrage in ihrer Wichtigkeit immer mehr hervor. Vieles früher Unerklärliche ist dadurch erklärt worden, aber alle Erscheinungen lassen sich doch noch nicht damit enträtseln. Ruhr (vor 2 Jahren von Kruse eingehend besprochen), Cholera und Influenza werden nur kurz gestreift und einige epidemiologisch interessante Fälle angeführt. Was die Bekämpfung der Infektionskrankheiten anbelangt, so käme bei der Tuberkulose vor allem die Isolierung in Frage. Einzelisolierung empfiehlt sich indes mit Rücksicht auf die ungünstige psychische Wirkung nicht, große Tuberkuloseanstalten, wie sie von manchen gefordert worden sind, habe vielerlei Bedenken gegen sich, am ehesten würden größere Tuberkulosepavillons im Anschluß an eine Anstalt allen Forderungen gerecht. Weiter wäre nötig möglichst frühzeitige Diagnose unter Heranziehung der neueren Methoden, regelmäßige Untersuchungen aller verdächtigen Fälle, genauere Fragestellung in den Fragebogen, Untersuchung des neueintretenden Pflegepersonals, Einführung der obligatorischen Meldepflicht auch für Erkrankungen an Tuberkulose. Bei der Typhusbekämpfung gilt es vor allem 1. gegen die Entstehung von Bazillenträgern, 2. gegen diese selbst vorzugehen. Mittel ad 1.: Schonung und Vorbeugung von Gallenblasenerkrankungen; ad 2.: Versuch mit einer Kombination von Urotropin und gallensauren Salzen bzw. getrockneter Galle, ferner alle gegen Gallenblasenerkrankungen vorgeschlagenen Maßnahmen. Solange indes kausal noch wenig zu erreichen ist, käme (außer ev. täglicher Säuberung des Darmkanals unter antiseptischen Kautelen) nur Isolierung und Operation in Frage. Die Bedenken gegen erstere sind dieselben wie bei der Tuberkulose und lassen sich am ehesten in der Weise wie in Bunzlau (eigenes Haus für Bazillenträger) lösen. Die Operation aber muß, solange noch nicht mit absoluter Sicherheit die Gallenblase als der ausschließliche Aufenthaltsort der Bazillen beim Bazillenträger nachgewiesen ist, zurzeit auf die Fälle mit schweren und offenkundigen Gallenblasenleiden beschränkt bleiben. Die auf Verlangen der Angehörigen erfolgende Entlassung von geistig noch nicht gesunden Bazillenträgern ist der Heimatbehörde mit einem Hinweis auf das Bestehen von Bazillenausscheidungen anzuzeigen.

Zum Schlusse wurden noch einige allgemeine Forderungen aufgestellt: keine Überfüllung, ein gutes Isoliergebäude, mindestens ein bakteriologisch geschulter Arzt für jede Anstalt, größere Einheitlichkeit in der Abfassung der Anstaltsberichte. Eigenbericht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sioli (Bonn): Histologische Befunde bei Dementia praecox.

Vortr. hat in München unter der Leitung Alzheimers und in Bonn 20 Fälle von Dementia praecox histologisch untersucht. Er kommt zu folgenden Schlüssen: In allen Fällen hat ein Zerfall von Nervengewebe in allen untersuchten Teilen des Großhirns stattgefunden, der sich anzeigt: 1. in einer allgemeinen Erkrankung von Ganglienzellen, stets mit auffallender Vermehrung des scharlachfärbbaren Lipoidkörpers in ihnen und mit Atrophie und völligem Verschwinden einzelner, so daß Lücken und leichteste Grade von Schichtstörung in manchen Fällen sehr deutlich werden; 2. in auffallender Bildung von kernfreien Zonen um Gefäße, die in einigen Fällen von Zerfallsmassen erfüllt sind, während in anderen Fällen das wabige Aussehen dieser Zonen anzeigt, daß auch hier früher Zerfallsmassen lagen; im Auftreten von Abbauprodukten (Protagonoidstoffen und scharlachfärbbaren Lipoidkörpern, teils pigmentimprägniert, teils pigmentfrei) im Gewebe und besonders in den adventitiellen Gefäßscheiden, von wo sie durch die Gefäßwand durchtreten. Gefäße und Pia sind frei von Infiltration und entzündlichen Erscheinungen. Es fällt auf, daß in schweren Fällen, wo nach Nißl- und Scharlachfärbung keine intakte Ganglienzelle vorhanden ist, nach der Bielschowsky'schen Methode eine ganze Anzahl von Zellen mit offenbar ungestörtem Fibrillenbilde darstellbar ist. Die Glia beteiligt sich lebhaft an dem Prozeß durch Vermehrung ihrer Zellen um Gefäße und Ganglienzellen, durch pathologische Faserbildung in der 1. Rindenschicht, der tiefen Rinde und dem Mark, durch Vergröberung ihres Protoplasmas und in einigen Fällen durch Umwandlung in amöboide Glia im Mark. Letztere Fälle sind es, die in ihren kernfreien Zonen reichlich Zerfallsprodukte führen, sie scheinen akuten Krankheitsschüben offenbar unter katatonischen Symptomen zu entsprechen.

(Der Vortrag erscheint ausführlich in den Nißl'schen Arbeiten).

Autoreferat.

M. Weyert (Lindenburg): Schädeltrauma und Gehirnverletzung.

Redner berichtet zuerst über drei selbstbeobachtete tödliche Fälle von Gehirnverletzungen infolge Traumas unter Anschluß des Sektionsbefundes. Allen drei Fällen gemeinsam war das Fehlen wesentlicher äußerer Verletzungen, sowohl der Weichteile als auch der Schädelkapsel. Seitens des Zentralnervensystems bestanden nur geringe Veränderungen. Von den Symptomen des Hirndruckes fand sich regelmäßig Benommenheit; nur in einem Falle bestand Pulsverlangsamung, in keinem Erbrechen oder Stauungspapille. Stets handelte es sich um Gehirne, deren Widerstandskraft durch chronischen Alkoholismus herabgesetzt war. In zwei Fällen konnte bei Lebzeiten die richtige Diagnose gestellt werden, nur in einem Falle wurde die Gehirnverletzung annähernd lokalisiert.

Redner bespricht sodann die psychischen Störungen nach Kopftrauma an der Hand der Krafft-Ebing'schen Einteilung. Nach Ausschaltung der progressiven Paralyse als Folge eines Traumas bespricht er ausführlicher die Dementia posttraumatica und zwar sowohl in anatomischer als auch klinischer Beziehung.

Zum Schluß widerlegt er auf Grund der drei Fälle die Ansicht, daß man eine Proportion zwischen der Schwere eines Traumas und den Folgezuständen aufstellen könne.

Autoreferat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aschaffenburg (Köln): Die Preußische Gebührenordnung und die Sachverständigen.

Der Vortrag ist bereits in Nr. 276 dieser Zeitschrift als Originalartikel erschienen, auch in Nr. 689 und 690 des Ärztlichen Vereinsblatts für Deutschland abgedruckt.

III. Bibliographie.

H. Oppenheim und R. Cassirer: Der Hirnabszess. 2. Aufl., Wien und Leipzig, Hölder, 309 S., M. 9.

Die zweite Auflage der Monographie hat das seit der ersten erschienene Material zur Frage des Hirnabszesses in mustergültiger Weise verwertet. Die ganze Literatur ist so ausführlich und vollständig wiedergegeben, daß wohl in keiner Frage die Monographie vergebens nachgesehen werden wird.

Lewandowsky.

Escherich: Die Tetanie der Kinder. Wien und Leipzig, Hölder, 265 S.

Die vorliegende Monographie ist in der Vorrede als Ergänzung zu Frankl-Hochwarts Darstellung der Tetanie der Erwachsenen bezeichnet. Sie ist trotzdem eine in sich geschlossene, überaus originelle Darstellung, der überall die Arbeiten des Verfassers selbst, sowie die seiner Schüler zur Unterlage dienen. Escherich vertritt den Standpunkt, daß die eigentliche Ursache der Tetanie immer in einer Insuffizienz der Parathyreoidkörperchen gelegen ist, daß durch vorübergehende äußere Momente, wie Nahrung, klimatische Einflüsse, fieberhafte Erkrankung usw., vielleicht ein Anfall ausgelöst, aber die Tetanie nie erzeugt werden könne. Daß der Zusammenhang der Tetanie mit der Insuffizienz der Epithelkörperchen, der experimentell von Vassale und Generali begründet wurde, auch für die kindliche Tetanie besteht, erscheint dem Verfasser durch die in seiner Klinik angestellten Untersuchungen Yanases bewiesen, der anatomisch in allen Fällen grobe anatomische Veränderungen der Epithelkörperchen in Gestalt von Hämorrhagien nachwies. Verfasser will daher auch die Tetanie der Kinder nicht in die „Spasmophilie“ anderer Autoren aufgehen lassen, er unterscheidet zwar eine tetanoide Eklampsie, hält aber die Mehrzahl der Eklampsiefälle für nicht zur Tetanie gehörig. Die Diagnose der Tetanie beruht auf der genauen Untersuchung der elektrischen Erregbarkeit der Nerven, bzw. auf der Feststellung ihrer Übererregbarkeit, für die genaue Vorschriften gegeben werden. Nur durch die elektrische Untersuchung wird die Feststellung der tetanoiden Zustände möglich. Verfasser gibt eine ausführliche Symptomatologie und Einteilung der verschiedenen Formen der Tetanie. Es folgen dann Diagnose, Prognose und Therapie. Den zweiten Abschnitt, mehr einen Anhang des Buches, bildet dann die Tetanie des späteren Kindesalters. Lewandowsky.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kotik: Die Emanation der psychophysischen Energie. Wiesbaden, Bergmann, 1908.

Die Schrift zeichnet sich durch große Frische und Naivität aus. Verfasser will auf Grund von Experimenten beweisen, daß Gedanken „übertragen" werden können (in der üblichen Bedeutung des Wortes, also ohne Vermittlung von Sprache, Mimik usw.).

Die Experimente, die Kotik angestellt hat, halten ihrer Anordnung nach in keiner Weise einer wissenschaftichen Kritik stand, und so wird es wohl erlaubt sein dürfen, ihren Ergebnissen eine tiefe Skepsis entgegenzustellen.

Es soll hier die Möglichkeit einer „Gedankenübertragung" durchaus nicht prinzipiell von vornherein in dogmatischer, orthodoxer Weise geleugnet werden. Indessen berechtigen uns zu dem größten Mißtrauen gegen Kotik's Ausführungen auch die (reichlich eingestreuten) Hypothesen und theoretischen Anschauungen des Verfassers, die von einem absoluten Mangel an philosophischer, insbesondere erkenntnistheoretischer Schulung zeugen.

So nimmt er, um nur ein Beispiel für viele anzuführen, an, daß „die psychische Energie sich auf der Oberfläche des menschlichen Körpers ansammeln kann, ähnlich wie die Elektrizität sich auf den Kondensatoren ansammelt und an den Leitern fortströmt". Man müsse, „um Überraschungen vorzubeugen, vor Beginn jedes Versuches die zufällig angehäufte psychische Energie in die Erde ableiten, und zwar durch Berührung von metallischen Leitern im Zimmer, z. B. von Beheizungs- oder Wasserleitungsröhren".

Eine Nachprüfung verlohnt sich vorläufig nicht, bevor Kotik seine Experimente nicht in wissenschaftlicher Weise anordnet. Lange (Tübingen).

Behr: Beiträge zur gerichtsärztlichen Diagnostik an Kopf, Schädel und Gehirn. (Arb. aus d. psych. Klinik zu Würzburg, herausg. von Dr. M. Reichhardt, Heft III).

Die Schrift enthält 2 Teile, von denen der eine sich mit der bezl. Beurteilung am Lebenden, der andere mit der an der Leiche beschäftigt.

Aus dem ersten Teil das wichtigste ist wohl in den Kapiteln über Mikrozephalie, Hirngewicht und Kopfverletzungen enthalten. Nicht die hochgradige Mikrozephalie, die ja ohne weiteres Blödsinn bedingt, sondern die relative kommt in Frage. Sie darf nicht aus dem bloßen Hirngewicht resp. Schädelumfang festgestellt werden, sondern man muß dabei Körpergröße und Körpergewicht je nach dem Lebensalter berücksichtigen und diese derart vergleichen, daß bei einem sich ergebenden Mißverhältnis das mittlere Körpergewicht in Anrechnung gebracht wird. Eine Tabelle von Dreyfuß aus dem Arch. f. Psych. XLI und eine solche von Reichhardt aus dessen Leitfaden geben die nötige Anleitung. Doch bildet relative Mikrozephalie durchaus nicht unbedingt ein Zeichen von geringerer Intelligenz. Wir wissen überhaupt nicht, warum manche Menschen ein größeres, andere ein kleineres Gehirn haben. Allerdings besteht eine gewisse Grenze, nach unten 1100 g, hinter der das Gewicht nicht zurückbleiben darf, wenn das Gehirn richtig ausgebildet sein soll. Bei Gehirnen über dieser Grenze läßt das größere oder geringere Gewicht absolut keinen vergleichenden Schluß auf mehr oder weniger Intelligenz zu; alle derartigen Behauptungen, wie z. B. die Möbiusschen, sind unwissenschaftlich. Auch die verschiedenen Kopfformen gestatten keine Schlüsse auf die Intelligenz. Denn es

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist nicht das Gehirnwachstum allein, das die Schädelform beherrscht, es sind noch andere Faktoren im Spiele, sonst müßten beispielsweise Porenzephale immer Schädelasymmetrie aufweisen, was aber oft genug nicht der Fall ist. Auch Porenzephale können von normaler Intelligenz sein. Was das Kopftrauma anbelangt, so kann es Hirnerschütterung veranlassen, ohne daß äußere Zeichen vorhanden sind. Es sind nach Hirnerschütterung Tobsuchtsanfälle beobachtet worden. Die Beziehungen zwischen Epilepsie und Trauma werden erörtert. Organische Hirnverletzungen führen nicht in jedem Falle zu Schwachsinn und Charakterveränderung. solche Menschen können ev. auch geistesgesund bleiben. So können einseitige Stirnhirnverletzungen ohne Folgen sein. Was die Beurteilung von Narben anbetrifft, so können sie bei Epilepsie auch außerhalb der typischen Sitze derart gelegen sein, daß man sich kaum vorstellen kann, wie sie zustande gekommen sind. Der Gerichtsarzt hat sich immer zu fragen, ob Verbrechen vorliegt oder ob Verletzungen oder Tod Folge eines anderen Ereignisses sind.

Der 2. Teil zerfällt in 2 Unterabteilungen, von denen die erste sich mit der Diagnose der Todesursache beschäftigt. Bei einer Sektion hat der Gerichtsarzt sich zu fragen: Ist die Verletzung von fremder Hand oder hat der Betreffende sie sich selbst zugefügt oder ist sie vielleicht die Folge eines Anfalls? Verf. geht dazu über, die Veränderungen durchzusprechen, je nachdem sie durch Krankheit veranlaßt oder durch Trauma entstanden sind. So ist z. B. das extradurale Hämatom anscheinend immer traumatisch. Es folgen Beobachtungen über abnorme Weichheit und Dünne des Schädels, die angeboren sein kann, meist aber auf Krankheit (Senilität, Paralyse) zurückzuführen ist. Dieses Verhalten ist natürlich bei einer Verletzung in Betracht zu ziehen. Beim epileptischen Tod kann einfach der akute Hirndruck die Ursache sein. Es kommt dabei zu einer akuten Hirnschwellung, deren Diagnose sich ergibt aus der Differenz zwischen Schädelinhalt und Hirngewicht. Daher erhebt Verf. die Forderung, bei jeder gerichtlichen Sektion die Schädelkapazität zu messen. Denn vielleicht kommen solche Hirnschwellungen außer bei Hirnkrankheiten, wie Katatonie, auch bei Erstickung, Strangulation, Hitzschlag, Hirnerschütterung, Vergiftungen vor.

Die zweite Unterabteilung beschäftigt sich mit der Diagnose der Geisteskrankheit aus der Sektion. Was das Schädeldach anbelangt, so ist es nach Verf. wie nach Reichhardt sehr fraglich, ob es eine sekundäre konzentrisch-akkommodative Hyperostose der Schädelknochen gibt. Keiner der Befunde, wie Schwere und Dicke der Schädelknochen, Verwachsung zwischen Dura und Schädel, Pachymeningitis hämorh., Leptomenigitis chron., Verwachsungen zwischen Pia und Hirnsubstanz (oft Leichenerscheinung), Hydrocephalus int. et ext., ist für Geisteskrankheit beweisend. Selbst die Ependymgranulationen sind es nicht, denn abgesehen davon, daß sie auch z. B. bei langdauernder Paralyse fehlen können, findet man sie in Fällen von Infektionskrankheiten mit zerebralen Symptomen (Chorea minor). Auch die Atheromatose der Hirnarterien beweist nichts, solche Leute können geistig ganz gesund sein, es handelt sich um eine Alterserscheinung, jedoch hat die Dementia senilis nichts damit zu tun, denn bei ihr trifft man auch Fälle mit ganz zarten Gefäßen. Der Ausdruck: „Gyri verschmälert, Sulzi verbreitert" sollte aus den Sektionsprotokollen als zu subjektiv verschwinden, das Wort „Hirnatrophie" vermieden werden, die Schädelkapazität ist festzustellen, um ein objektives Urteil zu haben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Den Beschluß der Schrift bildet der Abdruck eines Gutachtens von Prof. Rieger, das ganz den Stempel des bekannten kritischen Geistes des Verfassers trägt und sich dadurch gut zum Vorbild eignet. Überhaupt gereicht der darin enthaltene Aufwand von Kritizismus dem Zweck der Schrift zum Vorteil. Wir wollen auch nicht vergessen zu erwähnen, daß die sogen. Degenerationszeichen für völlig belanglos erklärt werden. Nur was die vom Verf. behauptete akute Hirnschwellung anbetrifft, so hätte sie vielleicht etwas weniger bestimmt dahingestellt werden dürfen, da ihre Feststellung doch auf recht schematischem Wege erreicht werden soll. Wolff (Katzenelnbogen).

Sadger: Konrad Ferdinand Meyer. Eine pathographisch-psychologische Studie. 1908, Bergmann, Wiesbaden (Grenzfragen LIX).

Wer Pathographien verfaßt, müßte in der klinischen Psychiatrie so weit versiert sein, daß er das Bedürfnis in sich fühlt, verschiedene Diagnosen gegeneinander abzuwägen, wenn das Krankheitsbild nicht absolut eindeutig ist. Sadger hätte, wenn er solche Erörterungen einem größeren Publikum vorenthalten wollte, die Pflicht gehabt, sie in einer Anmerkung für Psychiater zu bringen. Auch hätte er dabei sehr wohl seine beiden Vorgänger erwähnen können, anstatt sie, wie es jetzt geschehen ist, vollständig (aus Unkenntnis oder absichtlich?) zu ignorieren.

Auch sonst ist er uns vieles schuldig geblieben, vor allem die Beweise für alle seine Behauptungen, die sich über die Exzerpte aus der Freyschen Biographie erheben. Ich möchte daher Herrn Sadger hiermit öffentlich darum bitten, uns doch in einer Fachzeitschrift seine wissenschaftlichen Beweise nicht länger vorzuenthalten.

Dieses Verlangen erscheint uns durchaus berechtigt, denn die Bergmann'schen Hefte finden in weiten Laienkreisen Verbreitung, und die Gefahr ist gegeben, daß die Pathographien bei Literarhistorikern und anderen Laien immer mehr in Verruf kommen. Ist doch der wesentliche Inhalt von Sadger's Behauptungen der Laienwelt neu und muß ihr auch ohne Beweise stets fremd, ja im höchsten Grade befremdend bleiben. Dazu kommt aber noch, daß seine Hypothesen auch die wissenschaftliche Welt ohne Beweise gänzlich kalt lassen und höchstens ein Achselzucken hervorrufen werden. Sadger setzt sich, wenn er alle Beweise beiseite läßt und sich in leeren Vermutungen abenteuerlicher Art zu ergehen scheint, einfach dem Verdachte aus (Bestätigung durch viele Privatgespräche), er schreibe „Schweinereien". Gewiß liegt Sadger dies gänzlich fern, aber da solche Möglichkeiten herausgefordert werden, so kann man Sadger's Arbeit ohne weiteres für wertlos und verfehlt, ja irreführend und schädlich erklären.

Sadger stellt die Diagnose „Belastung" (Psychopathie). Wenn Sadger jetzt aber hört, daß K. F. Meyer ein Manisch-Depressiver gewesen ist, so wird er seine Behauptung kaum aufrecht erhalten wollen, Meyer sei krank gewesen infolge von unbefriedigter sexueller Liebe zu seiner Mutter! Denn sonst hätten wir ja jetzt die Ursache des manisch-depressiven Irreseins endlich gefunden. Da die Mutter des Dichters auch manisch-depressiv war (vgl. meine obenstehende Skizze), so sind gewiß Konflikte zwischen Mutter und Sohn, Anziehung und Abstoßung je nach den jeweiligen Stimmungen, kaum verwunderlich, und man wird nicht so weit gehen wollen, alle Schwankungen der Manisch-Depressiven ganz allgemein auf erotische Motive zurückzuführen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hier spricht aus der Sadger'schen Arbeit entweder ein auffallender Mangel an allgemeiner Welt- und Menschenkenntnis, an der allergewöhnlichsten Psychologie des Alltagslebens, oder eine ungeheure Einseitigkeit und Blindheit in der Anwendung einer Universaldiagnose. Wie durch das ganze Leben von K. F. Meyer hindurch in allem und allem erotische Motive gesucht und gefunden werden, dies hat geradezu etwas Komisches; und doch hat Sadger der Welt gewiß keine humoristische Schrift geben wollen, etwa eine Satire auf die Freud'schen Sexualtheorien.

Meyers Vater besaß als Kind eine „Neigung zum Einteilen und zur Anfertigung von Übersichten", eine „Vorliebe für Geographie". „Der Knabe zeichnete die Umrisse der europäischen Länder aus dem Schulatlas nach, wobei er die betreffende Zahl der Quadratmeilen und Einwohner, die Hauptprodukte und Naturmerkwürdigkeiten notierte, sowie allfällige Grenzänderungen sorgfältig nachtrug." Dazu bemerkt Sadger: „Wir wissen heute, daß hinter den vorgenannten Dingen, wie in all solchen Fällen, etwas anderes sich birgt: eine kindliche, gut verdeckte Erotik". . . Recht gut verdeckt, allerdings! Ich möchte mir (ohne die Wichtigkeit des Sexualtriebes zu verkennen!) die Frage erlauben: welche Triebe und Neigungen gibt es nach Sadger außer dem Geschlechtstrieb überhaupt noch im Menschen?

„Die späte geistige Entwicklung" Meyers sei „aus erotischen Motiven zu erklären". Der Tod der Mutter (und finanzielle Unabhängigkeit) hätten Meyer produktiv gemacht. Aber die Hypomanie hatte sich ja schon längere Zeit vor dem Tode der Mutter angekündigt!

Von der Schwester des Dichters meint Sadger: „Bloß eines vermochte sie nimmer zu geben, Erfüllung jener erotischen Phantasien, die auch dem besten Kinde nicht mangeln, der sexuellen Wünsche auf seine Mutter." Aus welchen Kinderstuben hat sich denn Sadger den wissenschaftlichen Beweis für solche Behauptungen in dieser Allgemeinheit zusammengelesen?

Meyer modelte seine Werke häufig um. Nach Sadger „steckt dahinter fast unkennbar wieder und Meyer wohl selber ganz unbewußt: erotische Symbolik. Was ihm nie recht war, er anders zu haben stets heiß sich mühte, das war — seine Mutter, nicht seine Verse oder Novellen."

Eine ähnliche Komik durchzieht das ganze Sadger'sche Heft, und dieses kann daher Psychiatern (nicht Laien!), die gern einmal wieder lachen wollen, nur warm empfohlen werden. Lange (Tübingen).

IV. Referate und Kritiken.

Pathologie des Nervensystems.

Karl Heilbronner: Zur Symptomatologie der Aphasie mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen Sprachverständnis, Nachsprechen und Wortfindung.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 43, Heft 1 u. 2.)

Die vorliegende, über 127 Seiten sich erstreckende Arbeit des Verfassers bildet die Fortsetzung und Ergänzung von Studien, die im 34. Band dieser

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeitschrift (Heilbronner, Über die transcorticale motorische Aphasie und die als „Amnesie" bezeichnete Sprachstörung) mitgeteilt waren. Schon damals war H. zu der Annahme gekommen, daß die unter Zugrundelegung der Bastianschen Lehre überhaupt unmögliche, meistbestrittene der Wernicke'schen Aphasieformen, die Leitungsaphasie, noch zur Geltung kommen werde. Die weitere Erfahrung (Fall 1 der jetzigen Beobachtungen) bestätigte diese Erwartung. H. stellte seine sehr mühsamen Untersuchungen an fünf Fällen an, deren Protokolle er veröffentlicht, und faßte die Ergebnisse seiner Studien in folgenden Sätzen zusammen:

1. Bezüglich der Intensität, in der bei nichtmotorischen Aphasien Verständnis, Nachsprechen und Wortfindung gestört sind, besteht kein gesetzmäßiges Verhältnis.

2. Die Restitution sensorischer Sprachstörungen erfolgt nicht gesetzmäßig so, daß sich das Nachsprechen vor dem Sprachverständnis wieder einstellt, auch nicht regelmäßig so, daß das Wortsinnverständnis sich rascher bessert als die Wortfindung.

3. Bei erhaltenem Wortverständnis kann trotz fehlender motorischer Störung das Nachsprechen gestört sein.

4. Die Leitungsaphasie im Sinne Wernicke's ist als klinisch nachgewiesener Komplex anzuerkennen.

5. Nicht nur in Fällen, wo mit Verständnis nachgesprochen wird, sondern auch in solchen, wo ohne Rücksicht auf das Verständnis „auf Antrieb" nachgesprochen wird, erfolgt das Nachsprechen unverstandener Fremdworte resp. sinnloser Buchstabenkombinationen sehr häufig schlechter als beim Gesunden, und auch schlechter als das Nachsprechen geläufiger Worte beim gleichen Kranken.

6. Auch wo das Sprachverständnis erheblich gestört ist und das Nachsprechen nicht nachweislich mit Verständnis geschieht, können beim Nachsprechen vorzugsweise die Kategorien von Worten Schwierigkeiten machen, die erfahrungsgemäß auch bei der Wortfindung dazu am meisten Anlaß zu geben pflegen.

7. Beim Nachsprechen können, sofern das Sprachverständnis erhalten ist, aber auch in Fällen, die erhaltenes Sprachverständnis nicht nachweisen lassen, verbale Paraphasien auftreten, die den Fehlern bei Benennungsversuchen sensorisch resp. amnestisch Aphasischer analog sind.

8. Ausnahmsweise können auch bei intaktem Hörvermögen beim Nachsprechen analoge Fehler auftreten, wie sonst bei Schwerhörigen.

9. Die Störung des Nachsprechens kann sich am intensivsten bei kleinen Sätzchen bemerkbar machen.

10. Wortsinnverständnis und Satzsinnverständnis können in verschieden schwerem Grade und in wechselndem Verhältnis gestört sein.

11. Auch wo über die Störung des Wortsinnverständnisses hinaus eine Störung des Wortklangverhältnisses anzunehmen ist, kann noch ein größeres Maß von Verständnis für das Fremdartige ungewohnter Kombinationen bestehen.

12. Zahlen können nicht nur beim Lesen und Schreiben, sondern auch bezüglich des Verstehens, Nachsprechens und der Wortfindung gegenüber Gegenstandsbezeichnungen resp. Buchstaben begünstigt sein.

Finckh (Nieder-Schönhausen).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

P. Junius und M. Arndt: Beiträge zur Statistik, Ätiologie, Symptomatologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse.

(Archiv für Psychiatrie, Bd. XLIV, Heft 1, 2 u. 3.)

Die Verf. veröffentlichen in dieser umfangreichen Arbeit die Resultate ihrer statistischen Untersuchungen, welche sich auf die während eines Jahrzehntes (1892—1902) in der Dalldorfer Anstalt beobachteten Paralysen beziehen. Dabei wurden, um diagnostische Irrtümer möglichst auszuschalten, nur diejenigen Fälle (1036 Männer, 452 Frauen) berücksichtigt, welche bis zum Tode in Anstaltsbehandlung waren, bei welchen also eine längere Beobachtung und häufig auch der Sektionsbefund die Diagnose sicherten. Insgesamt wurden in diesen 10 Jahren 2425 paralytische Männer und 1029 paralytische Frauen aufgenommen, zusammen also 3454 Fälle von Paralyse.

Entgegen der vielfach vertretenen Anschauung, daß die Paralyse bedeutend zunehme, ergibt sich aus dieser großen Statistik, daß das jedenfalls für das Dalldorfer Material nicht gilt: während die Bevölkerung und die Ziffer der Gesamtaufnahmen beständig ansteigt, ist die Zahl der Paralytikeraufnahmen beständig gleich geblieben. Auch wenn man das Material der Anstalt Herzberge mit in Rechnung setzt, bleibt das Resultat im wesentlichen das gleiche: der Prozentsatz ist in den letzten sieben Jahren (1896—1902) langsam gesunken, die absolute Zunahme der Paralysen in den Bevölkerungsschichten, aus denen sich das Material jener Anstalten rekrutiert, ist nur gering. Auch wenn man annehmen wollte, daß unter der wohlhabenden Bevölkerung die Paralyse zugenommen hätte, scheint doch die Annahme berechtigt, daß die Paralyse in Berlin in den Jahren 1896—1902 jedenfalls keine relative Zunahme erfahren hat. — Das Verhältnis zwischen Männer- und Frauenparalyse berechnet sich auf 2.35 : 1. — Die statistischen Untersuchungen, welche in ihrem Hauptteile an dem männlichen und weiblichen Material gesondert durchgeführt werden, beschäftigen sich ferner mit den Fragen nach dem durchschnittlichen Alter, in welchem die Paralytiker erkranken bzw. zur Aufnahme kommen, nach der Gesamtdauer der Erkrankung, nach den Beziehungen zwischen Krankheitsdauer und Lebensalter, nach der Zugehörigkeit der Kranken zu den verschiedenen Konfessionen, Berufen usw. Bezüglich der Syphilisätiologie ergab sich für 936 Männer, daß 57,8 % sicher, 8,5 % sehr wahrscheinlich und 15,5 % wahrscheinlich syphilitisch waren; in 7,1 % bestand der Verdacht einer früheren Infektion und nur bei 11 % lagen keine Anhaltspunkte für eine solche vor; bei den Frauen erscheint der Prozentsatz der Fälle mit sicherer Syphilis etwas geringer. Auch J. und A. fanden bei ihren 541 Fällen von Paralyse mit sicher vorausgegangener Lues, daß der größte Prozentsatz der Kranken keine oder nur ganz ungenügende Kuren durchgemacht hat. Die Durchschnittsdauer zwischen Infektion und Beginn der Paralyse betrug bei den Männern 15 Jahre 2,4 Monate; das kürzeste Intervall war 3, das längste 35 Jahre. Anderen ätiologischen Momenten (Schädeltraumen, Alkoholismus, Bleiintoxikation usw.) kann eine wesentliche Rolle in der Pathogenese der Paralyse nicht zuerkannt werden; das gilt auch von den so oft erwähnten psychischen Einflüssen (geistiger Überanstrengung, Kummer, Sorgen); dagegen kommt vielleicht der erblichen Belastung (s. u.) eine gewisse ätiologische Bedeutung bei. — In der Besprechung der Symptomatologie findet die prozentuale Verteilung der Fälle auf die ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schiedenen Formen der Paralyse und die körperlich nervösen Zeichen ihre Berücksichtigung. Bemerkenswert ist hier wohl besonders das Ergebnis der statistischen Übersicht über die Pupillenstörungen: Störungen des Lichtreflexes fanden sich bei 958 von 1021 paralytischen Männern, also in 93,8 %, und bei 376 von 444 paralytischen Frauen, also in 84,7 %. Die Fälle mit abnorm lebhaften Sehnenreflexen sind etwa doppelt so häufig wie die mit abgeschwächten. — Die pathologische Anatomie kommt in dieser Statistik etwas schlecht weg.

Die Krankheitsdauer wird offenbar durch die erbliche Belastung nicht unwesentlich beeinflußt, und zwar in der Weise, daß sie größer ist bei Belasteten als bei Nichtbelasteten und daß sie mit der Schwere der Belastung wächst; außerdem kommt die Paralyse bei Hereditariern im allgemeinen früher zum Ausbruch. Interessant sind schließlich noch die Mitteilungen über nervöse und psychische Anomalien und Krankheiten, die in einer kleinen Anzahl von Fällen aus dem großen, von J. und A. verarbeiteten Material der Paralyse vorausgingen.

Spielmeyer.

Erik E. Faber (Kopenhagen): Über Adiposalgie.

(Zeitschrift für physikal. und diätet. Therapie 1908, Bd. XII, Nr. 9, S. 539—548 u. Nr. 10, S. 590—600.)

Unter Adiposalgie, fälschlich Cellulitis oder Panniculitis genannt, versteht Verf. übergroße Empfindlichkeit des subkutanen Fettgewebes (nicht der Haut) beim Kneten oder Drücken desselben; der Grad dieser Schmerzhaftigkeit ist allerdings großen Veränderungen unterworfen. Die Konsistenz des erkrankten Gewebes kann vom normalen Fettgewebe auffallend verschieden sein. Wenngleich das Leiden alle Körperstellen betreffen kann, wo überhaupt subkutanes Fettgewebe vorhanden ist, so gibt es doch gewisse Prädilektionsstellen. Bei fetten Frauen werden fast konstant die Partien in der Mitte des Unterleibes direkt unter dem Nabel davon befallen, wo sich auch dasselbe ziemlich derb anfühlen läßt, ferner das Epigastrium und längs der Kurvaturränder. Außerordentlich häufig wird das Leiden auch bei älteren korpulenten Frauen auf der Hinterseite der Oberarme und längs der Hüften angetroffen; auch auf dem Gesäß, den Seitenflächen des Knies und auf den Unterschenkeln kommt es gewöhnlich vor. Dagegen scheinen Füße, Hände, Vorderarm und Gesicht von ihm immer verschont zu bleiben. — Die Krankheit kommt fast nur bei Frauen vor, und zwar im erwachsenen Alter (besonders gegen das Klimakterium). Fettleibige disponieren mehr dafür.

Abgesehen von der Schmerzhaftigkeit bei Palpation ist das Leiden in der Regel von spontanen, bald stärkeren, bald wenig wahrnehmbaren Schmerzen begleitet, die ihren Sitz an der empfindlichsten Stelle zu haben pflegen, oder manchmal auch peripher ausstrahlen. Dieselben sind nicht selten in der Ruhelage am heftigsten. Oft verschlimmern Kälte und Zug das Leiden. Im Zusammenhange damit steht auch, daß die Haut sich häufig kühler als bei anderen Menschen anfühlt oder auch bläuliche, cyanotische Verfärbung zeigt. Auch kaltem Wasser und kühlem Bad gegenüber besteht die gleiche Empfindlichkeit, ebenso wirklich hohen Temperaturen: am wohlsten fühlen sich die Kranken bei einer Temperatur zwischen 36 und 40° C. Charakteristisch ist ferner die große Empfindlichkeit der kranken Stellen gegen Traumen (leicht Sugillationen oder Ekchymosen), sowie der Mangel an Schweiß trotz Fettleibigkeit. Mit den lokalen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Symptomen gehen verschiedene nervöse Erscheinungen noch einher, die indessen nicht auf Kosten der Adiposalgie, sondern vielmehr auf solche der sie begleitenden Nervosität zu setzen sind (wie Herzklopfen, Angstanfälle, Atemnot).

Die Differentialdiagnose wird leicht, wenn man berücksichtigt, daß der Schmerz beim Drücken im subkutanen Fettgewebe sitzt.

Die Krankheit ist zum ersten Male 1880 von Salin unter dem Namen Cellulitis beschrieben worden, danach noch verschiedentlich von skandinavischen Forschern. Was Dercum unter Adipositas dolorosa geschildert hat, soll nach Ansicht des Verfassers etwas anderes sein, zumal in seinen beiden Fällen ernste Störungen des Nervensystems vorhanden waren. Die von seinen Nachfolgern als solche beschriebenen Fälle entsprechen durchaus nicht dem von Dercum aufgestellten Krankheitsbilde, wie Verf. dartut.

Nachdem Verfasser im weiteren Verlauf seiner Abhandlung die verschiedenen Anschauungen über die Ätiologie und Genese der Adiposalgie kritisiert und gefunden hat, daß diese durchweg nicht befriedigen, versucht er eine eigene Theorie aufzustellen. Die Volumensvermehrung beruht nur zum Teil auf starker Fettentwicklung, zum großen Teil auch auf Flüssigkeitsvermehrung. Bei dem Zustandekommen derselben nimmt er lokale Hindernisse für die Fortbewegung der Flüssigkeit an, die es bewirken, daß man nicht wie beim Ödem momentweise dieselbe von den einzelnen Stellen wegpressen kann. Er stellt sich daher die Affektion als eine Art lokaler Stase vor, wo die Flüssigkeitsmasse in größeren oder kleineren Abschnitten des subkutanen Gewebes, in zum Teil abgeschlossenen Gefäßgebieten stagniert. Also Zirkulationshindernisse in der Haut und im Subkutangewebe geben die Veranlassung zur Entstehung des Leidens ab, so u. a. auch eine starke Fettinfiltration; diese übt einen Druck auf die Gefäße aus, wodurch der Abfluß erschwert wird, sowie auf die Nervenendigungen. Ein anderes ursächliches Moment ist der Mangel an genügender körperlicher Bewegung. Weiter spielt nervöse Anlage eine Rolle, sowie eine spastische Kontraktion gewisser Muskeln, derjenigen nämlich, die sich ursprünglich aktiv kontrahieren, um die Schmerzen bei der Bewegung zu verhindern. „Wo das nervöse und das spastische Moment sich mit den anderen erwähnten Momenten (Fettleibigkeit, Mangel an Bewegung) vergesellschaftet findet, wird man das Leiden natürlich sehr häufig finden." Dieser unklare Erklärungsversuch des Verfassers dürfte indessen ebensowenig wie die anderer Autoren befriedigen.

Was die Behandlung des Leidens anbetrifft, so ist in vielen Fällen die Massage allein schon imstande, dasselbe zu heben. Demnächst sind auch die hydrotherapeutischen Verfahren von guter Wirkung (laue und warme Bäder, besonders Schwitzprozeduren, wie elektrische Lichtbäder, Heißluft- und Dampfbäder, Packungen). Natürlich wird man unter Umständen die Ursache zu bekämpfen haben, also eine Entfettungskur einleiten (Diät und körperliche Bewegung).

Buschan (Stettin).

Pochhammer: Der lokale Tetanus und seine Entstehung.

(Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 16.)

Pochhammer entwickelt seine Theorie, nach welcher die Krampf- und Lähmungserscheinungen des lokalen Tetanus darauf zurückgehen, daß die Markscheiden durch Giftwirkung ihre Fähigkeit der elektrischen Isolierung verlieren. In gemischten peripheren Nerven würden dadurch die sensiblen Reize direkt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf die motorischen Fasern übertragen, während in rein motorischen (Facialisstamm) sich Lähmungen zeigten. Es folgen Überlegungen über Tetanusantitoxin und -heilserum. Müller (Dösen).

Psychiatrie.

Paul Kronthal: Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. XLIV, Heft 1.)

Die „Kuppelung zwischen Psychiatrie und Nervenkrankheiten" hält Verf. für einen antiquierten, aus durchaus unwissenschaftlichen, laienhaften Vorstellungen hervorgegangenen Unsinn, der aber trotzdem auch von Ärzten festgehalten wird. Stellt man sich auf den Boden streng naturwissenschaftlicher Anschauungen — das will Verf. tun —, so kann man sich ausschließlich an das sinnlich Wahrnehmbare halten. Von dieser Grundlage ausgehend will er den drei Fragen näher treten: „Was ist Nervenkrankheit, was ist Psychiatrie, welche Beziehungen bestehen zwischen Psychiatrie und Nervenkrankheiten?"

Krankheit, so deduziert Verf., ist Störung der Funktion, Nervenkrankheit eine Störung der Funktion der Nerven, die sich durch veränderte Reizleitung dokumentiert. Nervenkrankheit also ist die Erkrankung eines hinsichtlich seiner Zellen gesunden Organismus, bei dem ein Mißverhältnis besteht zwischen Reiz und Reflex. Dabei ist allerdings eine Einschränkung nötig. Würde vom Menschen jeder Reiz anormal beantwortet werden, so würde er sich durchaus anders als bisher und als alle anderen Menschen benehmen und darum wohl nicht als nervenkrank, sondern als geisteskrank gelten. Das Mißverhältnis zwischen Reiz und Reflex darf bei der Nervenkrankheit also nicht alle, sondern nur etliche (im Gegensatz zu den meisten) Reize und Reflexe betreffen.

Was ist nun Psychiatrie? Zuvor muß man wissen, was für den Naturforscher die Seele ist. Seele ist die Summe aller Reflexe. Für sie gilt die Gleichung: $a = c$, also $b = c$, wobei a die Ausbildungshöhe des Nervensystems, b die Höhe der Seele, c die Höhe der Summe der Reflexe darstellt. Oder zu deutsch: Je mehr Nervensystem, desto mehr reizleitende Verbindung der Zellen, desto höher die Summe der Reflexe, desto höher endlich der Stand der Seele. Mehr braucht der Naturforscher für den Seelenbegriff nicht, insbesondere nicht die hierbei nicht vertretene Empfindung, da sie nicht wahrnehmbar ist und nicht gemessen werden kann. Was die Psycho-Physiologen angeblich messen, sind keine Empfindungen, sondern Reflexe. Letztere können wir messen, auch Reiz- und Leitungsverhältnisse und ihre Änderung. Aber die Empfindung selbst, ob etwas „spitz, rot, heiß, bitter" ist, kann der Naturforscher bei sich und anderen nie und nimmer erforschen. Die Seele ist die Summe der Reflexe. Addiert man die Reflexe der die Seele konstituierenden Zellen, so resultiert die Reaktion des Individuums. Also ist offenbar Summe der Reflexe = Reaktion des Individuums, Psychose die krankhaft veränderte Summe der Reflexe und geisteskrank ist, wer krankhaft verändert, anormal reagiert. Auch Betrachtungen über Empfindungen und Gefühle von Geisteskranken, die man für Erklärungen der Seelenkrankheit halten möchte, gehören in das Reich der Spekulation. Wir können nur immer feststellen, ob ein Mensch normal oder krankhaft reagiert. Die Entscheidung darüber ist allerdings nicht einfach. Einige der geltenden Gesichtspunkte seien angeführt. Verantwortlich für die dem einzelnen Individuum eigen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tümliche Reaktionsweise ist die für jeden charakteristische Lage der Fibrillen im Zentralnervensystem. Durchschnittliche Abweichungen der Lage sind maßgebend für die Handlungen des Durchschnittsmenschen; hat er viele zentrale marklose Fibrillen, also viel graue Rinde, dann ist die Summe seiner Reflexe sehr hoch, denn je mehr Rinde, desto mehr Nervenzellen, und je mehr Zellen, auf desto mehr wird jeder Reiz übertragen; Resultat: ein kluger Durchschnittsmensch. Hat er wenig Rinde, so ist er ein dummer Durchschnittsmensch usw. Weiter: Die Reaktionen der das Metazoon zusammensetzenden Elementarorganismen sind nur relativ, nicht etwa absolut gebunden an ihren Zusammenhang mit dem Nervensystem. Sie reagieren nicht bei jedem Menschen gleich stark und schnell, sondern bei manchem langsam, dann ist er phlegmatisch. Mit zunehmender Reaktion wird der Mensch erregt, exaltiert und zuletzt geisteskrank genannt. Endlich ist für die Beurteilung der Reaktion noch wichtig die Temperatur, Einwirkung lähmender oder erregender Gifte, die Reizstärke, die Blutversorgung der Hirnrinde usw.

Damit haben wir den Boden für eine Einteilung der Psychosen gewonnen. Anormale (zu langsame, zu schnelle, zu starke, zu geringe) Reaktion der das Individuum konstituierenden Elementarorganismen ist das Kennzeichen der Elementarpsychosen, die man in primäre (Hysterie, Manie, Melancholie) und sekundäre (Morphinismus, Kokainismus, Alkoholismus) oder Intoxikationspsychosen trennen kann. Von den ersteren kennen wir noch gar nichts, von den letzteren die Ursache. Erkrankung der peripheren oder zentralen Leitungsbahnen verursacht die peripheren (z. B. Korsakoff'sche Psychose) oder zentralen Leitungspsychosen (z. B. progressive Paralyse), fehlen Leitungsbahnen im Gehirn, so entstehen Leitungsmangelpsychosen (Idiotie). Sehr abweichende Reaktion resultiert bei ganz besonders abweichender Lagerung der Fibrillen, die sich in der intra- oder extrauterinen Entwicklung des Individuums vollzogen hat (Paranoia chronica) oder plötzlich infolge Gewalteinwirkung auf den Schädel (Kommotionspsychose). Weil die Fibrillen von ihren normalen Wegen abweichen, kann man diese Formen Deviationspsychosen nennen. Endlich entsteht falsche Reaktion bei Störung der Blutzirkulation des Gehirns, sei es rücksichtlich Zahl, sei es rücksichtlich Beschaffenheit der das Gehirn passierenden, die Nervenzellen bildenden Wanderzellen — Kreislaufspsychosen — (z. B. Psychosen bei Chlorose, Anämie, Basedow'scher Krankheit). Die Grenzen zwischen den einzelnen Gruppen sind nicht scharf zu ziehen.

Man kann so zusammenfassend sagen: Nervenkrankheit ist eine lokale, Psychose eine Allgemeinkrankheit des Individuums, bei Nervenkrankheit finden sich nur etliche falsche Reflexe, bei Psychose reagiert das ganze Individuum falsch. Der quantitative Charakter dieses Gegensatzes bedingt die Möglichkeit von Übergängen zwischen Nerven- und Geisteskrankheit, aber die meisten Nervenkrankheiten gehen nicht in Geisteskrankheiten über, und bei sehr vielen Psychosen besteht keine Spur von Nervenkrankheit. Ein Individuum in seiner Reaktion als Ganzes zu betrachten, das heißt Psychiatrie treiben. Bei jeder Psychose ist die Frage zu beantworten, welche Faktoren, die die Reaktion des Individuums bestimmen (Nervenendapparate, Elementarorganismen, Nervenleitung, zentraler Schalt- und Multiplikationsapparat), die falsche Reaktion verursacht haben. Sodann ist die zweite Frage zu erledigen, auf welche Reize das Individuum falsch reagiert, auf etliche oder alle, ob es also partiell oder total geisteskrank ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Damit ist für den Forscher alles getan. Die Umsetzung der Reize in Empfindungen und Vorstellungen oder gar den Einfluß dieser auf Reflexe und Handlungen zu studieren, wäre fruchtlose Spekulation, „weil wir von der Empfindung eines anderen nie etwas wissen können, weil die Annahme, Empfindung könne Bewegung verursachen, unsinnig ist, weil wir die Empfindung nie ändern können". Reize und Reflexe, die abhängig sind vom Zustand des Organismus, können wir ändern und darum Psychosen heilen.

Verf. schließt: Als Naturforscher müssen wir allem Lebenden Seele zusprechen, also kann alles, was lebt, sei es Protozoon, sei es Metazoon, seelenkrank werden; Psychose ist nie etwas anderes als falsche Reaktion des Individuums, gleichviel ob es ein Nervensystem hat oder nicht. So beherrscht die Psychiatrie schrankenlos das ganze Gebiet des Lebens. Wo Leben ist, ist Reaktion. Alles, was reagiert, kann Objekt der Psychiatrie sein. Das Studium der Summe der Reflexe, der Seele, hat bei den niedersten Organismen zu beginnen; dann werden wir auch die höchsten — im naturwissenschaftlichen Sinne — verstehen. Das Studium des Fühlens, Empfindens, der Freude, Trauer usw. bleibe mit der Seele, die all dies beherbergt, der Philosophie überlassen.

Das Bestreben des Verf., die psychiatrische Forschung von allem Unklaren, Spekulativen, Laienhaften zu befreien und sie zu einer exakten Naturwissenschaft zu machen, ist unverkennbar. Er wirft darum alles, was nicht meßbar ist, heraus und vereinfacht sich dadurch seine Aufgabe ganz wesentlich. Damit aber überläßt er von vornherein ein sehr weites und wichtiges Gebiet, das in den Begriff des Fühlens und Vorstellens eingeht, „den Philosophen", trotzdem auch dieses Empfinden und Vorstellen eine „Reaktion des Lebenden" ist. Wie arm und wie wenig dem praktischen Bedürfnis und den tatsächlichen Verhältnissen entsprechend sein Lehrgebäude damit wird, zeigt am deutlichsten die Gruppierung seiner Psychosen, die vielleicht nicht sehr viele Anhänger finden wird. Dem Gros der Psychiater wirft Verf. sodann fruchtloses theoretisches Spekulieren vor, sucht sich selbst aber davon frei zu halten, indem er sich angeblich lediglich auf den Boden von Tatsachen stellt. Aber ist es nicht eine glatte Theorie, Fibrillen und ihre Lagerung für die geistige Bedeutung eines Menschen verantwortlich zu machen? Wer glaubt an Elementar-Leitungs- und Deviationspsychosen, wo bleiben die Tatsachen, die Beweise, die einer, vielleicht ganz konsequent durchgeführten Hypothese den Anspruch auf Wahrscheinlichkeit verleihen? — Diese spärlichen Andeutungen müssen für den engen Rahmen eines Referats genügen. Finckh (Nieder-Schönhausen).

Aschaffenburg: Künstliche Gehörtäuschungen bei Delirium tremens. (Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 39.)

Aschaffenburg konnte bei einigen Deliranten Gehörtäuschungen dadurch hervorrufen, daß er sie am Telephon horchen ließ. Er gibt zwei charakteristische Beispiele wieder. Bei Alkoholwahnsinn konnte die Erscheinung nicht beobachtet werden. Müller (Dösen).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Erstes Aprilheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

(Aus dem anatomischen Laboratorium der psychiatrischen Klinik in Tübingen).

Ein Fall von Hirntumor bei Paralyse.

Von **Dr. Rühle,** Oberarzt an der Kgl. Heilanstalt Schussenried.

(Mit 1 Abb.)

Bei der Sektion eines am 12. IX. 1908 in Schussenried verstorbenen Paralytikers fand sich ein Stirnhirntumor, der zu Lebzeiten des Kranken klinisch keinerlei Erscheinungen gemacht hatte bzw. dessen diagnostische Erkennung infolge des psychischen Verhaltens des Patienten unmöglich war. Schon bei der Aufnahme in die Anstalt befand sich der Kranke nämlich in einem weit vorgeschrittenen Zustand paralytischer Verblödung, die sehr rasch zunahm und ihn zu einem absolut hilflosen, zu jeglicher Verrichtung unfähigen, der Wartung und Pflege bedürftigen Menschen machte, der keinerlei Gefühlsregungen mehr zeigte, auf keine äußeren Reize mehr reagierte und der wegen seiner hochgradigen Demenz auch einer objektiven Untersuchung viele Schwierigkeiten bereitete.

Mitteilungen über das Vorkommen von Tumor cerebri neben progressiver Paralyse finden sich in der Literatur äußerst spärlich, um so spärlicher, je strengere Anforderungen man an die anatomische Diagnose der progressiven Paralyse stellt. Begnügt man sich nicht mit der Mitteilung des grob anatomischen Befundes allein, sondern verlangt eine Bestätigung des klinischen Bildes durch eine eingehende histologische Untersuchung, so wird man mit wenig Erfolg nach Fällen von Kombination von Paralyse mit Tumor in der Literatur Umschau halten. Weniger kritischen Anforderungen genügen jedoch eine Anzahl von Mitteilungen, von denen zunächst einmal zwei klinisch ganz unter dem Bilde der Dementia paralytica verlaufende Fälle zu erwähnen wären, die auch bei der Autopsie makroskopisch die bekannten Veränderungen des Paralytikergehirnes geboten zu haben scheinen. So berichtet Henneberg[1]) im Jahre 1902 in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nerven-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

krankheiten von einer 44jährigen an Dementia paralytica leidenden Patientin, bei der sich bei der Sektion in der Mitte zwischen beiden foramina optica auf dem tuberculum sellae turcicae ein über Kirschkern großer, von der Dura ausgehender, fibröser Tumor fand, dessen Diagnose bei Lebzeiten wegen der vorgeschrittenen Demenz der Patientin unmöglich war. Aus dem gleichen Jahre stammt eine Mitteilung von Mallet und Buvat[2]), die bei einem Paralytiker „neben den typischen Veränderungen der progressiven Paralyse" einen Tumor von Hühnereigröße fanden, welcher mit der Dura mater zusammenhing und in die Gehirnsubstanz der rechten Hemisphäre hineingewachsen war. Klinisch war auch dieser Tumor wegen Fehlens aller Herderscheinungen verborgen geblieben.

Weniger einwandsfrei bezüglich des grob pathologisch-anatomischen Befundes, der außer einer Hypophysisgeschwulst eine Blutung im rechten Hinterhauptslappen, Trübung und Verdickung der Pia und serösen Ventrikelerguß ergab, ist das Präparat eines unter dem klinischen Krankheitsbilde der progressiven Paralyse im Verlaufe von zwei Jahren ad exitum gekommenen 51jährigen luetisch infiziert gewesenen Mannes, das Lewinstein[3]) in der Sitzung der Berliner medizinisch-psychologischen Gesellschaft am 25. Mai 1869 demonstrierte. Der Vortragende ließ damals die Frage, ob es sich um eine Kombination von Tumor und Paralyse handelte, oder ob die psychischen, unter den Erscheinungen einer Paralyse verlaufenden Störungen eine Folge der Tumorerkrankung darstellten, offen.

Noch unsicherer bezüglich der Diagnose „Tumorparalyse" sind die Angaben, die Cornu[4]) von einer 36jährigen Kranken macht. Die Patientin erkrankte im Anschluß an ein Trauma unter Sprach- und Sensibilitätsstörungen. Eine antisyphilitische Kur brachte wesentliche, jedoch nur einige Monate dauernde Besserung. Dann Zurückgehen der intellektuellen Leistungsfähigkeit und Aufnahme in die Irrenklinik mit der Diagnose progressive Paralyse. Unter zunehmender Demenz erfolgte relativ bald der Exitus. Bei der Autopsie fand sich neben einer wenig ausgedehnten milchigen Trübung der Pia und Vermehrung der Ventrikelflüssigkeit in der Gegend der Rolando'schen Furche rechts ein etwa nußgroßer Tumor, der „wie ein kleiner Knochen mit dornigen Vorsprüngen" aussah. Das Gehirn wurde mikroskopisch untersucht, ohne daß jedoch sowohl bezüglich des Tumors als auch der psychischen Störung eine eindeutige histopathologische Diagnose hätte gestellt werden können.

Nur der Vollständigkeit wegen erwähne ich noch dreier weiterer Mitteilungen über Hirntumoren, bei denen paralyseähnliche Erscheinungen im klinischen Bilde zur Beobachtung gekommen waren. Ob es sich dabei wirklich um progressive Paralyse gehandelt hat, ist zum mindesten recht fraglich.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Clarke[5]) beschreibt 1887 ein Spindelzellensarkom des Kleinhirns bei einem Patienten, der „nach Manie in Demenz" verfallen und im Verlaufe mehrerer „Erstickungsanfälle" gestorben ist. Rozie[6 u. 7]) beobachtete im Jahre 1892 ein Spindelzellensarkom in der Brücke, das sich bei einer nach zweijähriger psychischer Erkrankung verstorbenen Frau fand. Die Krankheit bestand im wesentlichen in einer „zunehmenden geistigen Schwäche", in den „Zeichen allgemeiner Paralyse" und „regelmäßig wiederkehrenden starken Schwindelanfällen". Derselbe Autor sah bei der Sektion eines an „Dementia paralytica senilis" leidenden Kranken an den Spitzen beider Stirnlappen einen rötlichgrauen Tumor, über dessen Natur er indes keine weiteren Angaben macht.

Es sind also nur einige wenige Fälle in der Literatur niedergelegt, bei denen es sich um die Kombination einer paralytischen Geistesstörung + Tumor gehandelt haben könnte; eine Sicherstellung des psychischen Krankheitsbildes durch das Mikroskop ist in keinem dieser Fälle erfolgt. Ich halte es daher für angezeigt, von dem eingangs erwähnten Falle hier vorläufig Mitteilung zu machen und die Krankheitsgeschichte, den Sektionsbefund, sowie das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung vorzulegen. Eine eingehendere Würdigung der histopathologischen Veränderungen am Cerebrum soll an anderer Stelle erfolgen.

Krankheitsgeschichte:

(Anamnese nach den Angaben des Bruders.)

A. B., geb. 6. IV. 1859. Vater lebt, ist gesund; Mutter an Lungenentzündung gestorben. 6 Geschwister leben und sind gesund. Patient soll mit Ausnahme eines Sonnenstiches und einer geschlechtlichen Infektion früher gesund gewesen sein. Frau des Kranken vom Manne infiziert und 1905 an progressiver Paralyse gestorben. 4 lebende gesunde Kinder. Patient seit Ostern 1907 bei einem Bruder (Gastwirt) untergebracht. Dort Erregungszustände, in der letzten Zeit vor seiner Aufnahme in der Klinik auch des Nachts. Meint, alles versinke vor ihm, wisse gar nicht, was aus ihm geworden sei. Spricht ständig vor sich hin, äußert Todesangst, glaubt, über Nacht sterben zu müssen. Läßt sich aber stets beruhigen. Nachlassen des Gedächtnisses.

Am 6. IX. 07 Aufnahme in der psychiatrischen Klinik M.:

6. IX. 07. Bei der Aufnahme ruhig. Vernehmungsunfähig, will ständig nach Hause. Gibt lauter wirre Antworten oder antwortet gar nicht.

7. IX. Ruhig. Will niemals krank gewesen sein, fühle sich jetzt auch ganz wohl. Sei niemals geschlechtskrank gewesen, weiß nicht, wann seine Frau gestorben ist, ist unklar über die Anzahl seiner Geschwister. Läugnet die anamnestischen Angaben seines Bruders, erinnere sich an nichts mehr, lacht. Leichtere Rechenaufgaben werden z. T. richtig gelöst, will aber dann nicht mehr weiter rechnen, will nach Hause gehen. Örtlich und zeitlich mangelhaft orientiert. Elementare Fragen teils richtig, teils falsch (z. B. Berlin liegt an der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Isar, München am Lech) beantwortet. Mäßiger Affekt. Ständig lächelnde Miene. Will keine Halluzinationen gehabt, keine Stimmen gehört haben. Will zu seinem Bruder zurück.

14. IX. Lumbalpunktion. Befund: 26 zellige Elemente.

15. IX. Bisher in ständiger motorischer Erregung, heute erstmals ruhig im Bett. Körperlicher Befund: Pupillen reagieren langsam, Sehnenreflexe etwas gesteigert, kein Babinski, kein Klonus. Sensibilität nicht zu prüfen.

Völlig verwirrt, zeitlich und örtlich unklar. Unterhaltung nicht möglich.

16. IX. Zwar ruhig, aber völlig verwirrt.

24. IX. Klarer; örtlich und zeitlich orientiert, glaubt sich gesund. Keine Größenideen.

7. X. Zunehmend lauter, spricht viel mit sich selbst.

12. X. Wieder ruhiger. Manchmal verwirrt. Sensibilität nicht gestört, Romberg +, keine typischen Sprachstörungen.

23. X. Fast immer verwirrt. Gibt meist verkehrte Antworten. Scheint nur für die richtige Einhaltung der Essenszeit ein Urteil zu haben.

4. XI. Dauernd stumpf. Leicht euphorisch. Nachts vielfach störend durch lautes Reden.

In die Kreisirrenanstalt E. überführt:

4. XI. Euphorisch, ganz verblödet, ganz verkehrte Antworten, lacht auf Fragen vergnügt vor sich hin.

6. XI. Tag und Nacht unrein mit Kot und Urin.

21. XI. Ruhig, stumpf.

Am 27. XI. 07 in das Krankenhaus U. überführt:

27. XI. Unterbringung in der Irrenzelle. Typisches Bild der Dementia paralytica.

12. I. 08. Seit der Aufnahme (in U.) bis heute keine Veränderung in seinem Verhalten. Durchaus unorientiert, wirr, blöde. Benehmen gutmütig, Stimmung heiter. Absolut unreinlich, kann nur in einer Zelle mit Heustreu gehalten werden. Beschäftigt sich den ganzen Tag mit Hin- und Herspielen mit Heu.

In die K. Heilanstalt Schussenried überführt:

13. I. 08. Aufnahme. Wohlgenährter Mann, stumpfblöder Gesichtsausdruck. Gibt verworrene Antworten mit schwer verständlicher Stimme, reagiert meist überhaupt nicht auf Fragen, befolgt Aufforderungen nicht, sieht den fragenden Arzt verständnislos, blöde an. Spricht spontan kein Wort.

15. I. Muß wegen Unreinlichkeit Tag und Nacht aufgehoben werden. Sehr dementer, stumpfer Kranker. Untersuchung sehr erschwert. Sensibilitätsprüfung unmöglich. Pupillen lichtstarr. Patellarsehnenreflexe erloschen. Schwankender unsicherer Gang, absolut hilflos, findet sich im Raume nicht zurecht, sein Bett nicht mehr. Fibrilläre Zuckungen in der Nasolabialgegend. Nahrung muß löffelweise vom Pfleger gereicht werden. Charakteristische Störung in der Schrift.

17. I. Stets in Bettbehandlung. Unrein. Stumpfer Gesichtsausdruck. Lallende, kaum verständliche Sprache.

9. II. Absolut stumpf und indolent. Kümmert sich um nichts, gibt keine Antwort. Leerer Gesichtsausdruck. Sieht den Arzt verständnislos an.

3. III. Keine wesentliche Änderung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

10. IV. Liegt stumm und interesselos zu Bett. Stets Neigung zu Unreinlichkeiten. Nahrung muß eingeflößt werden.

5. V. Kurz (ca. 6 Minuten) dauernder Anfall mit klonischen Krämpfen im beiderseitigen Fazialisgebiet, sowie den oberen und unteren Extremitäten jeder Seite. Nahrung erbrochen.

6. V. Heute wieder wie sonst. Stumpf, teilnahmslos.

12. VI. Im wesentlichen unverändertes Krankheitsbild.

6. VIII. Lumbalpunktion; Befund: Außerordentlich starke Lymphozytose, starke Eiweißvermehrung; 8,9 pro mille.

8. IX. Psychisch wenig Änderung. Dementer Kranker. Hilflos. Unreinlich.

10. IX. Nachmittags 5 Uhr Anfall. War bewußtlos, bekam Zuckungen um den Mund, Augen nach rechts verdreht. Puls beschleunigt, schwach.

11. IX. Noch in bewußtlosem Zustand. Zeitweise noch vereinzelte Zuckungen im Fazialisgebiet.

12. IX. Dauernd bewußtlos. Erschwerte, beschleunigte Atmung. Zyanose des Gesichtes. Über beiden Lungen unten grobe Rasselgeräusche. Puls schwach, 120 in der Minute. Morgentemperatur 40°, Abendtemp. 41°. Abends 10 Uhr Exitus.



Bei der Gehirnsektion fand sich neben den charakteristischen makroskopischen Veränderungen des Paralytikergehirnes — chronische Leptomeningitis, Ventrikelerweiterung, Ependymgranulationen, Rindenverschmälerung — eine relativ frische Pachymeningitis hämorrhagica und ein Stirnhirntumor. Derselbe präsentierte sich als ein an der Hirnbasis fast median, jedoch mehr nach links gelegenes und offenbar auch von der linken Hemisphäre ausgehendes, die rechte halbkugelig vorwölbendes, etwa kleinapfelgroßes Gebilde (Durchmesser 4 cm), von nach außen zu sich derber, nach innen sich mehr schwammig anfühlender Konsistenz und graurosaroter Farbe. Auf Schnittflächen $2^1/_2$ cm in die Tiefe reichend, war der Tumor

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

scharf gegen die deutlich sichtbar verdrängte Umgebung abgegrenzt und auch hier von graurosaroter Farbe und gelappter Zeichnung. Die übrigen Körperorgane waren frei von Geschwulstknoten.

Bezüglich des mikroskopischen Befundes beschränken wir an dieser Stelle unsere Beschreibung lediglich auf das Verhalten in unmittelbarer Umgebung des Tumors, bemerken nur, daß außerdem Gehirnteile aus verschiedenen Gegenden untersucht worden sind. Die Untersuchung hat überall das Vorhandensein der paralytischen Hirnveränderung gezeigt.

In unmittelbarer Nähe des Tumors findet sich die Pia mäßig stark verdickt, die Pialmaschen sind aufgelockert und mit zahlreichen Infiltrationszellen durchsetzt. Es handelt sich zum größten Teil um lymphocytäre Elemente, denen einzelne Plasmazellen beigemischt sind. Außerdem findet man zahlreiche langgestreckte Bindegewebszellen, die mit grünlichem Pigment vollgepfropft sind. Der Tumor selbst dringt nirgends in die Gehirnsubstanz ein. Er ist durch die Pia vom Gehirn getrennt und der Pialüberzug läßt sich auch an der Unterseite des Tumors verfolgen, wo er unmittelbar vom Tumor auf das Gehirn übergeht. Offenbar liegt er dem äußeren Blatte der Pia auf. Die Pia zwischen Tumor und Gehirn zeigt auf der dem letzteren zugewendeten Seite stärkeren Kernreichtum als auf der nach dem Tumor zu gerichteten. Die Kerne sind zum größten Teil Bindegewebskerne, die mit reichlicher Bindegewebssubstanz in Verbindung stehen. Man gewinnt den Eindruck, als ob die Maschen der Pia an dieser Stelle viel stärker zusammengedrängt sind als auf der dem Tumor zugewendeten Seite. Infiltrationszellen sind an diesem Pialteil nicht sehr zahlreich, doch lassen sich deutlich einzelne lymphocytäre Elemente erkennen, sowie zahlreiche Plasmazellen. Dazwischen sieht man mehrere Mast- und Pigmentzellen; ab und zu erscheint auch eine Gitterzelle im Gesichtsfeld.

Der Tumor selbst ist ein Spindelzellensarkom, das aus deutlich zu Zügen zusammengeschlossenen Zellen besteht, die in längs und quer getroffenen Bündeln und Zapfen sich gegenseitig durchflechten. Die einzelnen Zellelemente stellen große langgestreckte, mit zwei protoplasmatischen polaren Ausläufern versehene Spindeln dar, die einen großen, länglich ovalen, hellen und zart granulierten Kern besitzen. Die Zellen sind fast alle gleichmäßig ausgebildet, lassen nirgends Übergangsformen erkennen und befinden sich offenbar alle in der gleichen Entwicklungsphase. Kernteilungsfiguren sind nirgends zu finden. Im Tumor selbst haben die Zellen keine Fasern gebildet, auch sonst wird faseriges Bindegewebe nur recht spärlich angetroffen. Es findet sich nur da und dort als lockeres Gewebe zwischen den Tumormassen zur Bildung vereinzelter Septa. In

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seinem Aufbau unterscheidet es sich von dem der Pia dadurch, daß es viel weitmaschiger ist. Der Tumor selbst ist sehr gefäßarm; in den erwähnten Bindegewebssepten liegen vereinzelte größere Gefäße. Es lassen sich nirgends Zerfallserscheinungen im Tumor wahrnehmen.

In der Geschwulst fehlen nun — ganz im Gegensatz zur Pia — alle Infiltrationszellen. Sobald wir zum Tumor gelangen, hören die Infiltrationen auf. Besonders wichtig erscheint, daß auch die wenigen Gefäße, die man sieht, nicht infiltriert sind. Dagegen finden sich in den Septen zwischen den einzelnen Tumorabschnitten auffallend viele Mastzellen, zahlreiche z. T. gelbes Pigment enthaltende Körnchenzellen, vereinzelte lymphocytäre Elemente, außerdem noch große protoplasmareiche Zellen, deren Genese ich nicht bestimmen kann, die aber wohl z. T. stark gewucherten Bindegewebszellen entsprechen dürften. Die Mastzellen zeigen die Eigentümlichkeit, daß die feinen Körnchen weit abseits rings um den Kern weit verstreut sind und fortsatzähnliche Gebilde vortäuschen.

An der Stelle, wo der Tumor das Stirnhirn trifft, sieht man die Rinde verschmälert, das Mark in seiner Breite stark reduziert und auch die gegenüberliegende Seite der Windung in Mitleidenschaft gezogen. Die Zellarchitektonik der betreffenden Rindenteile ist stark gestört, besonders auf der dem Tumor zu liegenden Seite. An einer Stelle ist die Gehirnsubstanz in einen langen Zipfel ausgezogen. Die äußere zellarme Schicht der Rinde ist auf der dem Tumor zugekehrten Seite ganz geschwunden. Die Zellen selbst zeigen eine weitgehende Chromatolyse, Nisslschollen sind ganz verschwunden, der Kern ist z. T. stark gefärbt. Die Zellen sind deformiert, haben ein merkwürdig langgestrecktes Aussehen, so daß sie manchmal direkt an Bindegewebszellen erinnern. Von einzelnen Zellen sieht man nur noch Zellschatten. Gefäßneubildung ist nicht wahrzunehmen. Überhaupt erscheint das Gewebe hier gefäßarm, die Gefäße sind komprimiert, längs gestreckt. Die infiltrativen Vorgänge sind an dieser Stelle unbedeutend. Das Endothel der Gefäße erscheint progressiv verändert.

Die Ganglienzellen der Rinde in weiterer Entfernung vom Tumor sind weit breiter, die Kerne nicht so intensiv gefärbt, das Chromatingerüst deutlicher sichtbar, die Gefäße sind zahlreicher und zeigen eine stärkere Infiltration. Vereinzelt sieht man Stäbchenzellen.

Während die Glia in den dem Tumor angrenzenden Partien der Rinde nur wenig alteriert erscheint, zeigt sie an entfernteren Rindenstellen ausgesprochene Veränderungen im Sinne der progressiven Paralyse.

Nach dem ganzen klinischen Verlauf der Erkrankung und nach den Ergebnissen des histopathologischen Rindenbefundes kann kein Zweifel

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bestehen, daß es sich klinisch um eine progressive Paralyse gehandelt hat. Die paralytische Demenz war, als der Kranke in ärztliche Untersuchung kam, bereits so weit vorgeschritten, daß eine klinische Diagnose des Tumors unmöglich war. Dazu kommt, daß der Tumor an einer Stelle liegt, die an und für sich wohl kaum durch gröbere Lokalsymptome auffallen konnte. Möglicherweise hätte der Augenspiegelbefund auf die Anwesenheit eines Tumors aufmerksam machen können. Leider ist der Kranke niemals mit dem Augenspiegel untersucht worden. Auf den klinischen Verlauf der Paralyse dürfte der Tumor kaum von Einfluß gewesen sein, dagegen haben wir den Eindruck gewonnen, daß das histopathologische Bild durch den Tumor selbst einige Modifikationen erfahren hat.

Dort, wo der Tumor die Stirnhirnteile komprimiert, ließen sich Zellausfälle und schwere Zellveränderungen feststellen, die Zellen selbst hatten eine eigenartige Deformation erfahren; besonders auffallend erschien uns die Tatsache, daß die der Paralyse eigentümlichen Gefäßinfiltrationen und Gefäßneubildungen gerade an diesen komprimierten Stellen sehr wenig ausgebildet erscheinen. Ob durch den Tumor besonders geartete Veränderungen am übrigen nervösen Parenchym (Achsenzylinder, Markscheiden) bedingt worden sind, muß die spätere Untersuchung uns lehren.

Nicht uninteressant erscheint uns das Verhalten der Pia. Zweifellos muß man annehmen, daß der Tumor von den weichen Hirnhäuten ausgeht, gewissermaßen als ein Adnex derselben zu betrachten ist. Demnach wäre zu erwarten gewesen, daß dieser Adnex auch an den spezifischen Veränderungen sich beteiligt, denen wir sonst und auch in unserem Falle die Pia unterworfen finden. Doch diese Annahme findet in unserem Falle keine Verwirklichung: die Pia in unmittelbarer Nähe des Tumors ist frei oder fast frei von den typischen Infiltrationszellen, die Bindegewebssepta im Tumor selbst zeigen außer zahlreichen Mastzellen keinerlei ungewöhnliche zellige Elemente, die wenigen Gefäße des Tumors sind nicht infiltriert.

Bei den bisher beobachteten Tumoren paralytischer Gehirne handelte es sich, soweit wir die Literatur überblicken, um Geschwülste, die, von der Pia ausgehend, nicht in die Gehirnsubstanz selbst eindringen. Es wäre nun von besonderem Werte, auch solche Fälle einer histologischen Untersuchung zu unterwerfen, bei denen durch den Tumor die Gehirnsubstanz selbst in Mitleidenschaft gezogen wird. Man müßte bei derartigen Fällen darauf achten, ob die paralytische Gehirnveränderung im Bereich der durch den Tumor geschädigten Teile eine ähnliche Beeinflussung erfährt, wie in unserem Falle.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Literatur.

1. Henneberg, Hirntumor und Taboparalyse. Neurologisches Zentralblatt. XXI. 1902, p. 518.
2. Mallet et Buvat, Tumeur cérébrale et paralyse générale. Bull. soc. anat. de Paris. Ref. i. d. Jahresber. über die Leist. u. Fortschr. in der Neurologie u. Psychiatrie. VI. 1902, p. 569.
3. Lewinstein, Demonstration einer Hirngeschwulst i. d. Berl. mediz.-psycholog. Gesellsch. 1869. Arch. f. Psych. II. 1870, p. 236.
4. Cornu, Un cas de tumeur cérébrale à forme psychoparalytique. Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière 1904 Nr. 2. Ref. im neurolog. Zentralblatt. XXIII. 1904, p. 1113.
5. E. K. Clarke, Ein Fall von Gehirnsarkom. I. of ins. Ref. i. d. Allg. Zeitschr. f. Psych. XLIII. 1887. Lit. Ber. p. 182.
6. Rozie, Ein Fall von Gehirntumor in der Brücke. Ref. i. d. Allg. Zeitschr. f. Psych. XLVIII. 1892. Lit. Ber. p. 238.
7. Rozie, Ein Fall von Gehirngeschwulst. Journal of Mental Science. Ref. i. d. Allg. Zeitschr. f. Psych. XLIX. 1893. Lit. Ber. p. 91.

Zurechnungsfähigkeit und Krankheit.

Von Prof. **E. Bleuler**, Burghölzli.

Am internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien hat Friedländer die Moral-Insanityfrage angeschnitten. In der Diskussion habe ich mich dahin geäußert, daß in forensischen Dingen die Frage nach der Krankheit nur in den Fällen direkt anwendbar sei, wo es sich darum handle, ob zu dem gewöhnlichen Wesen des betreffenden Individuums ein Novum hinzugekommen sei oder nicht. Das Novum könne z. B. ein Typhus sein, eine Paralyse, vielleicht auch eine Dementia praecox. Bei Krankheitsbildern wie der intellektuellen Idiotie handle es sich um fließende Übergänge auf einer lineären ununterbrochenen Skala, die von der höchsten Intelligenz durch den Mittelstand des Gesunden und durch die Debilität zu der tiefsten Idiotie führt. Das gleiche sei der Fall bei der moralischen Idiotie; der Streit, ob diese eine Krankheit sei, sei ganz unnötig. Man werde niemals zur Klarheit kommen, wenn man auch in diesen Fällen das Bestehen einer Krankheit als Kriterium der Zurechnungsfähigkeit hinstelle. Nur mit dem Begriff der „Norm“ könne man da auskommen.

Daß ich mit dieser Ansicht vorläufig allein blieb, habe ich erwartet; ich hatte ja keine Zeit, weder sie zu begründen, noch ihre Konsequenzen zu ziehen. Und dennoch habe ich recht; und es scheint mir, es sei höchste Zeit, daß die Psychiatrie einmal auch in diesen Dingen konsequent

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu Ende denke. Ich möchte deshalb noch einmal zur Diskussion über das Thema anregen. Der gezeichnete Standpunkt ist die notwendige Konsequenz unserer Anschauungen, und ich glaube, daß man nur auf diesem Wege eines rücksichtslos logischen Ausbaus derselben in Praxis und Gesetzgebung endlich einmal ein ersprießliches und einheitliches Arbeiten der kriminalistischen und der wissenschaftlichen Organe erreichen könne.

Gerade die moralische Idiotie ist ein lehrreiches Beispiel. Hier ist der reichsdeutschen forensischen Psychiatrie vom Reichsgericht nach einer Richtung hin die Grenze bestimmt worden: moralische Defekte schließen nur dann die Zurechnungsfähigkeit aus, wenn sie „krankhaft" sind. Aus dem Zusammenhang ergibt sich ferner, daß das Reichsgericht annimmt, ein moralischer Defekt sei nur dann krankhaft, wenn er Folge einer intellektuellen Störung ist, oder wenigstens in Verbindung mit einer solchen vorkommt (während es einen angeborenen intellektuellen Defekt ohne weiteres als krankhaft anerkennt, sobald er einen erheblichen Grad erreicht hat). Ich vermute, daß das Reichsgericht zu diesem Entscheid in keiner Weise wissenschaftlich kompetent war; es gibt denn auch auf der Welt keinen vernünftigen Grund, warum ein affektiver Defekt nicht ebensogut und im gleichen Sinne krankhaft sei, wie ein intellektueller[1]). Und doch hatte das Gericht nicht nur das Recht, sondern geradezu die Pflicht, eine bestimmte Abgrenzung zu schaffen. Die Wissenschaft hatte sich ja unfähig gezeigt, ihm eine Grenze zu zeigen, und die Praxis bedurfte derselben.

In der Unfähigkeit der Wissenschaft für die gestellten Aufgaben liegt kein Vorwurf für die Wissenschaft, sondern einer für die Fragestellung. Die Fragestellung ist falsch. Man soll nichts fragen, was prinzipiell nicht beantwortet werden kann. Es ist ja unmöglich zu sagen, ob ein solcher Defekt krankhaft sei; es ist nur möglich zu sagen, ob man ihn als krankhaft anzusehen für gut finde. Es ist keine Tatsachenfrage, sondern eine der Auffassung. In letzterem Sinne wird sie natürlich dem Experten nie gestellt.

Zwar sind, wie aus der Anmerkung oben hervorgeht, noch lange

[1]) Die Frage ist unabhängig von der Tatsachenfrage, ob schwere ethische Defekte ohne intellektuelle überhaupt vorkommen. Ich bejahe sie, weil ich viele solcher Individuen kenne. (Bleuler, „Moralische Idiotie", Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 1893. Suppl., v. Muralt, „Über moralisches Irresein", München, Reinhardt 1903, Maier, „Über moralische Idiotie", Journal für Psychologie und Neurologie 1908.) Wie man den Gegenbeweis leisten kann, ist schwer zu verstehen. Wenn es vorkommt, daß ich, wie Aschaffenburg meint, Schizophrene dazu zähle, so müßte das Anderen noch viel mehr begegnen; denn man faßt nirgends den Begriff der Dementia praecox praktisch so weit, wie wir in Zürich.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht alle Widersprüche in den Beobachtungen der einzelnen Forscher beseitigt, aber die Psychiatrie wird prinzipiell neues Material gewiß niemals erhalten zur Beantwortung der Frage, ob und ev. wann ein moralischer Defekt als krankhaft anzusehen sein wird. Wenn wir sie jetzt nicht beantworten können, so ist auf die Beantwortung zu verzichten. Wir wissen auch, warum die Frage nicht beantwortbar ist: Es handelt sich eben um graduelle Unterschiede, in deren Skala man irgendwo einen künstlichen Schnitt machen muß. Wo man diesen künstlichen Schnitt macht, da ist für einmal die Grenze; nicht aber umgekehrt: wir können niemals sagen, bis zu einem bestimmten Grade der Anomalie reiche die Gesundheit, jenseits dieser Grenze sei die Krankheit. Man streitet sich ja noch darum, ob maximale Defekte, wie der volle Mangel der ethischen Gefühle krankhaft sei oder nicht, und das gleiche Individuum sogar, das wir für das eine Delikt als zurechnungsfähig (d. h. gesund im Sinne des Gesetzes) erklären, ist es nicht mehr für ein anderes Delikt; Debile werden dann auch in Menge z. B. wegen Diebstählen als zurechnungsfähig behandelt und mit Recht, denn der Begriff des Eigentums ist leicht auch von solchen Leuten zu erwerben. Ließen sich aber die gleichen Kranken etwa unter irgendeinem plausiblen Vorwand zu einem betrügerischen Manöver verleiten, so müßten wir sie als unzurechnungsfähig begutachten, weil sie nicht imstande sind, die Folgen oder die Strafbarkeit ihrer Handlung abzusehen. Sind solche Leute nun im einen Falle krank und im andern nicht? Gewiß nicht; aber im einen Falle reicht ihre Intelligenz noch aus, die Bedeutung ihrer Handlung zu verstehen, im andern nicht. Im einen Falle denken sie „normal", im andern nicht.

Die gleichen Schwierigkeiten in noch verstärktem Maße erheben sich bei der Frage nach degenerativer Psychose, welch letztere nach einzelnen ein klar umschriebenes Krankheitsbild sein soll. Wann und inwiefern ist ein Degenerierter krank? Das ist unbeantwortbar.

Nicht leichter wird die Sache, wenn es sich zwar um eine eigentliche Psychose handelt, diese aber so geartet ist, daß sie in jedem beliebigen Grade der Ausbildung stehen bleiben oder gar zurückgehen kann. Von der Submanie gehen kontinuierliche Übergänge bis zu den leicht manisch verstimmten oder labilen Menschen, die niemand als krank ansieht. Wo fängt die Krankheit an? wo endet die Gesundheit? Die richtige Antwort heißt: „nirgends"; denn die beiden Begriffe haben hier so wenig Grenzen wie klein und groß.

Noch verzwickter gestalten sich die Auslegungen der Paragraphen bei der Dementia praecox. Je feiner unsere diagnostischen Hilfsmittel werden, um so leichtere Grade dieser Krankheit diagnostizieren wir.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es gibt viele sicher Schizophrene, die mit Recht vor dem bürgerlichen Gesetz als gesund gelten. Manche derselben würden wir ja im Kriminalverfahren unbedenklich als unzurechnungsfähig erklären; aber nicht alle; ich glaube nicht, daß es die Mehrzahl der Psychiater über sich bringen werde, auch in den leichtesten Fällen diagnostizierter Schizophrenie die freie Willensbestimmung auszuschließen. Hier ist eine Krankheit, die den Willen beeinflußt, sicher vorhanden; faktisch ist also der Wille im Sinne des Gesetzes unfrei [1]), und zwar wegen Krankheit, und dennoch wandern viele Schizophrene in die Zuchthäuser, zunächst, weil man die Diagnose nicht macht, aber gewiß auch immer häufiger, weil man den leichten Grad der Krankheit nicht berücksichtigen mag. Die Entschuldigung, daß der leichten Krankheit eine leichte resp. unerhebliche Willensstörung entspreche, wäre hier nicht gültig, denn wir haben keine Möglichkeit, den Grad der schizophrenen Willensstörung im allgemeinen abzumessen. Sie kann bei einer leichten, kaum erkennbaren Schizophrenie in einem bestimmten Moment maximal sein.

Den Gegensatz illustriert am besten die Paralyse. Den Paralytiker werden wir niemals zögern als krank und unzurechnungsfähig zu erklären, sobald wir die Diagnose gemacht haben, auch wenn er noch so vernünftig räsonniert; wir wissen ja, daß die Krankheit zunimmt und die Zukunft uns recht gibt, und vor allem wissen wir, daß der Mann ein anderer geworden ist, als er sonst war. Ob er aber weniger oder mehr „freien Willen“ hatte bei der Ausübung seines Verbrechens als irgendein Idiot oder ein Degenerierter, das können wir nicht entscheiden. Es genügt uns zu wissen, daß die Krankheit als ein Novum zur ursprünglichen Persönlichkeit hinzugekommen ist, daß sie bei seinen Willensentscheidungen mitspricht, und daß sich dadurch der Täter von den meisten andern Verbrechern unterscheidet.

Für die graduellen Unterschiede entspricht der Begriff der „Norm“ den Tatsachen. Dieser greift nach irgendeinem Bedürfnis eine bestimmte, durch den Grad charakterisierte Klasse aus der Skala heraus, ohne ihr scharfe Grenzen zu geben, aber auch — und das ist das Wichtige — ohne scharfe Grenzen zu fingieren. Die Frage, ob jemand in einer bestimmten Richtung „normal“ auf gewisse Verhältnisse reagiert, läßt sich beantworten, wenn man eine Norm aufgestellt hat. Diese Norm aufzustellen ist Sache der Wissenschaft: sie kann wechseln je nach den Bedürfnissen. Wir haben also zu unterscheiden einerseits die Aufstellung der Norm, welch

[1]) Natürlich kommt hier die Frage, ob der Determinismus oder der Indeterminismus zu Recht bestehe, nicht in Betracht. „Frei“ ist im Sinne des Gesetzes der „gesunde“, nicht durch Krankheit veränderte Wille.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

letztere sich nach den praktischen Bedürfnissen zu richten hat, aber allgemeine Geltung haben muß, und anderseits die Frage, ob und inwieweit sich ein bestimmter Zustand von der geltenden Norm entferne. Die erstere ist eine lösbare praktische Aufgabe, die zweite ist eine reine Tatsachenfrage, diejenige, die dem Experten zu stellen ist. Etwas ganz anderes ist es, wenn man wie bisher frägt, ob ein bestimmter Zustand unter den Begriff der „Krankheit" zu subsummieren ist, der nach ganz anderen Bedürfnissen einer anderen Wissenschaft, wenn nicht gar der vulgären Verständigung, herausgehoben worden ist. Ich sage „herausgehoben", denn abgegrenzt darf man kaum sagen. Er hat ja, wie wir gezeigt haben, an vielen Orten gar keine Grenzen, und dazu muß er so verschiedene Dinge wie eine Infektion, einen Knochenbruch, eine Anämie, eine Idiotie, eine angeborene Blindheit gleichmäßig umfassen.

Wenn die schweizerischen Psychiater definierten: „unzurechnungsfähig sind Blödsinnige, Geisteskranke und Bewußtlose", so trafen sie nach dem Zusammenhange mit dem Wort „Geisteskrankheit" zunächst die als ein Novum erworbenen Psychosen; dazu aber haben sie in ihren Erwägungen festgestellt, daß der Begriff der Krankheit gleich sei der Unfähigkeit, wie ein normaler Mensch nach logischen und affektiven Motiven seine Handlungen zu bestimmen, und daß der Begriff des „normalen Menschen" von der (psychiatrischen) Wissenschaft gegeben werden müsse. Der Terminus „Geisteskranke" war nur ein bequemer Ausdruck zur Bezeichnung verschiedener Formen psychischer Abnormitäten, die den beiden andern Formen gegenüber gestellt wurden; sein Inhalt war durch die Norm zu bestimmen.

Gibt man die Unterscheidung zwischen gesund und krank auf, so hat man endlich den fruchtlosen Streit, ob gewisse Abnormitäten als Krankheiten zu betrachten seien oder nicht, begraben. Man kann sich nützlicherer Arbeit zuwenden.

Man wird sich dann klar, daß die Fassung des unglücklichen § 51 unter anderem auch deswegen eine unrichtige ist, weil sie die Geistesstörung nur dann berücksichtigen will, wenn sie krankhaft ist, d. h. weil sie eine Definition mit ewig unklarer, nur willkürlich abzugrenzender Bedeutung enthält.

Der größte Vorteil, den man dadurch erreicht, ist der, daß man sich über die wissenschaftliche Situation ganz klar werden muß, sobald die fingierten Begriffsbestimmungen wegfallen. Man kann sich dann in seinen weiteren Forderungen darnach richten:

Solange man mit der jetzigen Fassung des § 51 zu rechnen hat, wird man sich für einmal über eine Definition von „krankhaft" einigen müssen, wobei man sich klar sein soll, daß man nicht über Tatsachen, sondern über Auffassungen zu bestimmen hat. Auffassungen können nach Theorien oder nach praktischen Gesichtspunkten bestimmt werden und sind deshalb wandelbar.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Handelt es sich um die lex ferenda der nächsten Zukunft, die keine großen Umwälzungen erwarten läßt, so müssen wir für eine verständlichere Fassung des Unzurechnungsfähigkeitsparagraphen kämpfen. Man kann z. B. verlangen, daß man die Definition der „Geisteskrankheit" der ärztlichen Wissenschaft überläßt. Noch viel einfacher wäre es, wenn man den Begriff der „Norm" einführte; man wüßte dann, daß alle Geisteskrankheiten im engeren Sinne („eigentliche Psychosen") eine Abweichung von der Norm bedingen, und daß man bei den anderen Formen willkürliche Grenzen zu schaffen hat.

Geht man von der Norm mit ihren fließenden Übergängen aus, so wird die verminderte Zurechnungsfähigkeit ein selbstverständlicher Begriff. Solange es neben der Zurechnungsfähigkeit eine Unzurechnungsfähigkeit gibt, kann das Strafrecht diesen Begriff nicht vermissen, wenn es nicht seine Konstruktionen abseits von den Tatsachen ins Leere hinaus bauen will.

Ist man nicht mehr auf den Begriff der Krankheit versessen, so wird auch klar, was für die fernere Zukunft zu erstreben ist. Man bemerkt, daß die ganze Abgrenzung von zurechnungsfähig und unzurechnungsfähig eine Künstelei ist, für die die Tatsachen keine Anhaltspunkte geben. Man wird also wissen, daß man einen befriedigenden Zustand niemals bekommt, wenn man sich nicht auf den einzig konsequent und ohne jede Schwierigkeit durchzuführenden Standpunkt stellt: jedem wird das zugerechnet, was er tut; behandelt wird er so, daß bei möglichst geringer Aufwendung und bei möglichster Vermeidung von Übeln für beide Teile die Gesellschaft am besten vor ihm geschützt ist[1]). Man wird also nur dann strafen, wenn man davon einen Nutzen erwarten kann; und man wird keinen Gefährlichen aufs Publikum loslassen, solange man weiß, daß er noch gefährlich ist. Ob einer krank ist oder nicht, ist nur insofern und in den Fällen von Bedeutung, wo man Aussicht hat, eine bestimmte Art Krankheit festzustellen, die uns Anhaltspunkte gibt, wie der Patient am besten zu behandeln ist. Man wird ja aus rein praktischen Gründen mit einem Paralytiker anders verfahren als mit einem „gesunden" Gelegenheitsverbrecher. Die Feststellung der Krankheit ist dann ein Teil der Feststellung des psychischen Tatbestandes, der die Wegleitung zur Behandlung gibt. Hat man z. B. einen moralischen Idioten vor sich, so muß man ihn für immer unschädlich machen, ob dann die moralische Idiotie als Krankheit angesehen wird oder nicht.

[1]) Vergl. Bleuler, Determinismus und Verantwortlichkeit. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform 1908, Heft 7.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 15. Februar 1909.

Bericht von **Dr. Schayer,** Dalldorf-Berlin.

Diskussion über den in der vorigen Sitzung vom 11. Januar 1909 gehaltenen Vortrag:

Forster: Über das manisch-depressive Irresein.

Georges L. Dreyfus wurde durch den Forster'schen Vortrag in der Überzeugung bestärkt, daß die einzelnen psychiatrischen Schulen von einer Verständigung, speziell in der Frage des manisch-depressiven Irreseins, noch recht weit entfernt sind. Nach seiner Ansicht können solche gegensätzliche psychiatrische Betrachtungsweisen nur durch ein in jeder Hinsicht durchgearbeitetes abgeschlossenes Tatsachenmaterial oder durch gänzlich neue Fragestellungen einander näher gebracht werden. Im Gegensatz zu Forster sieht Dreyfus in der Umgrenzung des man.-depr. Irres., wie Kraepelin sie durchführte, einen erheblichen Fortschritt gegenüber der Auffassung anderer Autoren. Durch dessen Fixierung wurde nicht nur mit den Übergangspsychosen und dem Begriff der sekundären Demenz gebrochen, sondern nur durch eine so weite Fassung konnten zahlreiche symptomatologisch vordem unverständliche Krankheitsbilder richtig gedeutet und für zahlreiche Seelenstörungen eine präzise Prognose gestellt werden. Dreyfus gibt daraufhin einen kurzen historischen Überblick über die Entwicklung des manisch-depressiven Irreseins, für dessen Umgrenzung nicht der Verlaufstypus, sondern das übereinstimmende klinische Krankheitsbild maßgebend war. Die genaue Erforschung des Zustandsbildes führte zur Aufstellung der Mischzustände, da nach D.'s Ansicht für die Entwirrung zahlreicher Bilder periodisch resp. zyklisch verlaufender Psychosen einen großen Fortschritt bedeutete. Mit der leitenden Idee des Mischzustandes war D. der Weg gewiesen, die nosologische Stellung der Melancholie des Rückbildungsalters einer kritischen Revision zu unterziehen. Wer die Kraepelinsche Psychiatrie verfolgte, der versteht wohl, warum er die Involutionsmelancholie so lange als klinische Einheit von der zirkulären Depression abgetrennt wissen wollte. Abgesehen von dem nicht ohne weiteres als Mischzustand aufzulösenden Zustandsbild war es besonders der anscheinend häufigere Ausgang in Verblödung, der für die Abtrennung zu sprechen schien. D. konnte durch seine Nachuntersuchungen feststellen, daß die Melancholie, oft allerdings erst nach vielen Jahren, heilt. Damit fiel der gewichtigste Einwand gegen ihre Sonderstellung. D. führte dann durch Analyse der einzelnen Symptome weiterhin aus, warum die Involutionsmelancholie als man.-depr. Mischzustand aufzufassen ist, und was er unter den von Forster beanstandeten „typisch man.-depr. Symptomen" versteht (s. Dreyfus, Die Melancholie ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Jena, Gustav Fischer). — Was die nosologische Stellung der Zyklothymie angeht, so will auch D. sie scharf von der psychopathischen Konstitution, den Affektschwankungen und der Neurasthenie getrennt wissen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihr jedoch nicht, wie Forster, eine Sonderstellung zuerkennen, sondern sie nur als leichteste Form des man.-depr. Irres. aufgefaßt wissen. Der Beweis hierfür liegt auch hier wieder in der Analyse des Zustandsbildes und den Verlaufsmöglichkeiten, die völlig dem man.-depr. Irres. entsprechen. Bezüglich der katatonischen Symptome bei Manisch-Depressiven macht D. darauf aufmerksam, wie fruchtbringend und nützlich die Wilmanns'sche Ansicht ist. D. kennt die Wilmanns'schen Fälle zum großen Teil. Für diese hat W. jedenfalls den Beweis geliefert, daß es sich um manisch-depressive Kranke handelte. W.'s Anregung ist ein wichtiger Fingerzeig in der Beurteilung zahlreicher Fälle von sogenannten geheilten „Katatonien". Ob den manisch-depressiven Symptomen bei der Differentialdiagnose immer das Hauptgewicht gegenüber dem gleichzeitigen Auftreten eines katatonischen Symptomenkomplexes beizulegen ist, müssen weitere Untersuchungen ergeben.

D. sieht in dem immer wachsenden Umfang, den das man.-depr. Irresein angenommen hat, so daß sich die Differentialdiagnose funktioneller Psychosen fast nur noch auf diese zur Heilung resp. Verblödung führenden Krankheiten zuspitzt, eine bedauerliche Nivellierung der Psychiatrie. Hier können nur gänzlich neue Gesichtspunkte Wandel schaffen. Autoreferat.

Urstein: Ich will mich ganz kurz fassen. Ich habe zwar den Vortrag Forster's in der vorigen Sitzung nicht mit angehört, möchte aber trotzdem einiges berichten. Schon in der letzten Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie betonte ich, daß das manisch-depressive Irresein ins Unermeßliche ausgedehnt worden ist. Seitdem konnte ich in verschiedenen hiesigen Anstalten, besonders bei den Herren Dr. Fränkel und Dr. Oliven in Lankwitz, eine große Kasuistik verarbeiten. Und gerade diese Anstalt war für mich eine wahre Fundgrube alten, z. T. hochinteressanten Materials. Ich habe meine Resultate in einer Monographie niedergelegt, welche bereits im Druck begriffen ist und demnächst erscheinen wird. Was zunächst die Wilmanns'schen Fälle, von denen auch Dreyfus sprach, betrifft, so glaube ich, daß keiner von ihnen zum manisch-depressiven Irresein gehört. Ich habe z. B. in der Irrenanstalt Herzberge genug Fälle gefunden, die vor etwa 20 Jahren mit typischen zirkulären Depressionen einsetzten, wo später Mischzustände, hernach katatone Phasen erschienen, bis schließlich eine Verblödung resultierte. Die Mischzustände sind theoretisch sehr gut konstruiert, in der Praxis aber verhält sich die Sache doch anders. Meiner Ansicht nach gehören sie den heterogensten Krankheitsformen an. Die Schilderung der Mischzustände, wie sie uns Kraepelin u. a. gegeben, stimmt z. B. für eine recht große Anzahl von Fällen, die später kataton verblödet sind, so sehr, daß es gerechtfertigt erscheint, anzunehmen, daß so mancher Dementia praecox-Kranke hierbei vorbildlich gewesen ist.

Auf die Melancholiearbeit von Dreyfus gehe ich hier nicht ein, ich habe sie in meinem Werk ziemlich eingehend besprochen. Schon voriges Jahr sagte ich, daß die Melancholie zu Unrecht aufgegeben wurde. Wenn Sie die zirkulären Symptome so hoch einschätzen, wie es Dreyfus u. a. getan, so werden Sie in etwa 60% der Psychosen ein manisch-depressives Irresein diagnostizieren, freilich mit dem Resultat, daß Sie einen sehr erheblichen Teil derselben später als Verblödete wiederfinden. Ich glaube aber, daß Kraepelin in seiner neuesten Auflage die Melancholie wieder aufnehmen wird.

Ein Mittel, auf das man gern rekurriert, wenn eben die zirkulären Psy-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

chosen später nicht so aussehen, wie man der Diagnose nach erwarten sollte, ist die sog. Kombination mit Arteriosklerose. Letztere soll durch Schwankungen des Blutdrucks und der Gefäßinnervation frühzeitiger auftreten. Auch soll das manisch-depressive Irresein nicht selten im höheren Alter, mitunter sogar nach einem Schlaganfall, zur Entwicklung kommen. Ich vermag aber nicht einzusehen, warum nur das manisch-depressive Irresein Beziehungen zur Arteriosklerose haben soll. Der physiologische Effekt einer katatonen Erregung bzw. eines Stupors dürfte sich wohl auch in analogen Störungen der Gefäßinnervation äußern, ganz abgesehen davon, daß viele Dementia praecox-Kranke früher typische Depressionen und Manien durchgemacht haben. Wenn aber die zirkuläre Psychose erst im höheren Alter einsetzt, so fehlten ja, da weder manische noch depressive Attaken voraufgingen, diejenigen Momente, welche das frühzeitige Auftreten der Arteriosklerose verursacht haben sollen. Ich glaube, daß, wenn sich nach einer Hämorrhagie eine zirkuläre Psychose entwickelt, man mit ebensolchem Recht fragen darf, ob denn das nicht einzig und allein die Folge der Arteriosklerose sei. Daß sogar schwere organische Leiden ein manisch-depressives Irresein kopieren, ist ja bekannt. Ich brauche Sie nur an die Paralyse zu erinnern.

Praktisch wichtig ist nun die Frage, welchen Symptomenkomplexen, den katatonen oder zirkulären, in differentialdiagnostischer Hinsicht der Vorrang gebührt. Bis zur Verarbeitung meines Materials habe ich immer die Ansicht vertreten, daß die letzteren ausschlaggebend seien. Diese meine Auffassung war aber ganz falsch; ich muß bezüglich der Einzelheiten auf die entsprechenden Kapitel meiner Arbeit verweisen.

Nicht minder wichtig ist die Frage, ob wir die zirkulären Anfälle schon im Beginn des Leidens als nicht zum manisch-depressiven Irresein gehörig zu erkennen vermögen. Ich glaube diese Frage bejahen zu dürfen, und habe die Kriterien im differentialdiagnostischen Abschnitt meiner Studie erörtert. Freilich ist uns damit nicht allzuviel gedient. Die Stellung der Diagnose läßt noch keine sicheren prognostischen Schlüsse zu. Hier befinden wir uns in derselben Lage, wie z. B. der Praktiker, welcher bei einem Primäraffekt doch auch nicht sagen kann, ob Pat. einmal tertiäre Symptome, eine Tabes oder Paralyse akquirieren wird. Gewiß gibt es Erscheinungen, und ich habe sie angeführt, die einen prognostischen Wert besitzen, aber absolut verläßlich sind sie nicht. Ich habe meine Zeit schon längst überschritten, schließe daher und möchte es nicht als eine Propaganda für mein Werk aufgefaßt wissen, wenn ich hier auf dasselbe verweise. Ich habe doch eine Reihe neuer Tatsachen vorgebracht und hoffe, daß dieselben angenommen werden. Autoreferat.

Abraham betrachtet die Tendenz zur Vereinfachung in Kraepelin's Diagnostik als einen erfreulichen Fortschritt. Die Aufstellung vieler kleiner Krankheitsgruppen hindert uns, der individuellen Variation im normalen und krankhaften Seelenleben gerecht zu werden; in Rücksicht auf diese Variabilität sind große Gruppen ein Bedürfnis. Die Paranoia, Dementia, die Involutionsmelancholie usw. lassen sich als selbständige Krankheitstypen nicht halten. Die Kraepelin'sche Schule hat neuerdings die Grenzen des manisch-depressiven Irreseins übermäßig erweitert, zum großen Teil auf Kosten der Dementia praecox. Abraham ist mit Herrn Urstein der Meinung, daß viele neuerdings dem manisch-depressiven Irresein zugerechnete Fälle der Dementia praecox zugehören. Speziell die sog. Mischzustände müssen vom manisch-depressiven Irresein ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

trennt werden. Die Depressionszustände des Involutionsalters gehören wohl nur zum allergeringsten Teil dem manisch-depressiven Irresein an. Teils handelt es sich um das Vorspiel einer früh einsetzenden senilen Demenz; in diesen Fällen gelingt — ev. mit Hilfe verfeinerter Methoden — der Nachweis typisch-seniler Veränderung. Hauptsächlich aber handelt es sich um klimakterische Exazerbationen der Dementia praecox. Genauere Nachforschungen ergeben regelmäßig, daß in solchen Fällen schon in jugendlichem Alter einmal ein Depressionszustand bestanden hat, nach dessen Ablauf die für Dementia praecox charakteristischen Störungen des Gefühlslebens zurückblieben, bis im Klimakterium ein neuer Krankheitsschub auftritt.

Die Abgrenzung des manisch-depressiven Irreseins von der Dementia praecox ist schwierig, weil die meisten der als charakteristisch bezeichneten Erscheinungen sich nur in einem Teil der Fälle finden. Bei der Dementia praecox können Wahnideen, Halluzinationen, katatonische Zeichen und besonders die sog. Demenz fehlen. Als einziges stets nachweisbares Zeichen bleibt die Veränderung des Gefühlslebens zurück, die A. als autoerotische bezeichnet. Dem Kranken fehlt der normale Gefühlsrapport mit der Außenwelt. Beim manisch-depressiven Irresein findet sich Ideenflucht oder Hemmung bei erhaltenem Gefühlsrapport. Sonst wissen wir bisher von keiner Erscheinung, die allen Fällen eigen wäre; speziell die Periodizität und die Heilbarkeit kommen durchaus nicht allen Fällen zu.

In der Auffassung der Zyklotomien stimmt A. Dreyfus bei. Er hält es für notwendig, die leichten und schweren Formen unter den gleichen Gesichtspunkten zu betrachten. Es wäre entschieden ein Nachteil, erstere den konstitutionellen Psychopathien zuzurechnen, da sie hier neben ganz heterogene Zustände gestellt würden. Man darf in den leichten Fällen die Diagnose manisch-depressives Irresein stellen, wenn man Ideenflucht oder Hemmung bei erhaltenem Gefühlsrapport nachgewiesen hat. Das Assoziationsexperiment kann hier von großem Nutzen sein.

Daß katatonische Symptome beim manisch-depressiven Irresein vorkommen. möchte A. bezweifeln, immerhin aber noch die Ergebnisse künftiger Forschungen abwarten. Das manisch-depressive Irresein ist uns insofern noch ganz ungenügend bekannt, als wir die Rolle des Unbewußten in dieser Krankheit noch nicht kennen. Die Erforschung des Unbewußten mit Hilfe der Freud'schen Psychoanalyse muß auch hier einsetzen.

Die hier vertretenen Anschauungen entsprechen im wesentlichen den Lehren der Bleuler'schen Schule. A. weist darauf hin, wie groß die Meinungsverschiedenheiten auch noch unter denjenigen sind, die die Grundideen Kraepelins' anerkennen. Autoreferat.

Forster (Schlußwort).

Schuster stellt einen 47jährigen Patienten vor, der ihm vom Ohrenarzt Dr. Scheier zugewiesen worden war. Der Kranke, der, außer Zusammenhang mit dem zu demonstrierenden Symptom, seit ca. 15 Jahren infolge einer Mittelohrsklerose ertaubt ist, hatte vor einer langen Reihe von Jahren anscheinend eine beiderseitige Parotitis. Seit ca. 2 Jahren besteht folgende Erscheinung: Sobald Pat. zu essen beginnt, tritt auf der rechten Wange ein vom oberen Ansatz der Ohrmuschel zum Mundwinkel sich erstreckender, ca. 3 cm breiter, scharf abgegrenzter, stark geröteter Streifen auf, in dessen Bereich — besonders in der Nähe der Mundwinkel — äußerst ergiebige Schweißproduktion statt-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

findet. Die Schweißproduktion, die jetzt unter Betupfung mit Formol schon deutlich nachgelassen hat, war so stark, daß Pat. beim Essen ein Taschentuch über den Halskragen decken mußte, damit der Kragen nicht erweicht würde. Die Schweißproduktion beginnt schon ca. eine halbe Minute nach dem Essen und zeigt sich besonders lebhaft und schnell beim Essen saurer Dinge, z. B. eines Apfels. Läßt man dem Patienten Kaubewegungen machen, ohne ihm in Wirklichkeit etwas in den Mund zu geben, so bleibt das Schwitzen aus. Es tritt gleichfalls nicht auf, wenn man dem Patienten etwas Essig in den Mund bringt.

Der übrige Untersuchungsbefund seitens des Nervensystems ist ein völlig negativer; insbesondere besteht kein sonstiges auf Sympathikusbeteiligung hinweisendes Zeichen an den Pupillen, Augen usw.

Schuster nimmt zur Erklärung des eigenartigen Symptomes an, daß es sich um einen der Mitbewegung analogen nervösen Vorgang handele. Die Auslösung des Vorganges erfolge wahrscheinlich nicht durch das Kauen, sondern durch die beim Kauen eines Bissens eintretende Speichelabsonderung. Da bei letzterer auch der Sympathikus mitbeteiligt sei, so vermute er, daß die im Sympathikus bei der Speichelproduktion gesetzte Erregung auf andere Gebiete der Sympathikusversorgung (Schweißabsonderung und Rötung der Wangenhaut) übergreife und so das Phänomen erzeuge. Vielleicht spiele dabei die anscheinend früher überstandene Parotiserkrankung eine Rolle.

Schuster hat einen ähnlichen Fall gesehen, bei welchem nach Genuß von saurem Hering eine Hemihyperidrosis im Gesicht auftrat und erinnert daran, daß auch Gesunde das Phänomen aufweisen (Prof. Landois, Lehrbuch der Physiologie, § 290). Autoreferat.

Diskussion: Lewandowsky: Vielleicht steht die Anomalie, die doch erst seit wenigen Jahren aufgetreten ist, doch mit der überstandenen Parotitis in Zusammenhang. Es wäre sehr wohl möglich, daß durch diese Parotitis Nervenfasern der Speicheldrüsen irgendwo in der Umgebung der Parotis zerstört wurden und daß dann bei der Regeneration diese Fasern, anstatt wieder zu der Parotitis, zu den Gefäßen und Schweißdrüsen ausgewachsen sind. Die eigentlich für die Speichelabsonderung bestimmten Impulse würden auf diese Weise zu den Schweißdrüsen gelangen. Diese Erklärung würde dann in einer gewissen Analogie stehen, z. B. zu den Mitbewegungen im Fazialisgebiet, welche nach peripherer Fazialislähmung auftreten können und auch durch falsches Auswachsen von Fasern zu erklären sind. Übrigens wäre es möglich, daß auch die vom Vortragenden erwähnten Fälle von angeborener derartiger Anomalie auf Heterotopien der peripheren sympathischen Fasern zurückzuführen wären. (Es ist nicht einzusehen, warum der vom Vortragenden im Schlußwort erwähnte Umstand, daß auch auf der anderen Seite eine Spur der Anomalie besteht, durchaus gegen die vorgeschlagene Deutung sprechen sollte. Nachträglicher Zusatz.) Autoreferat.

Ziehen: Die direkte Reizung der Glandula lingualis kann die Schweißsekretion befördern, wie sie auch den Speichelfluß anregt. Es wäre interessant, festzustellen, wie der Versuch in diesem Falle ausfiele.

Remak hat vor vielen Jahren in dieser Gesellschaft einen Fall von einseitiger Oberextremitätenataxie mit gleichseitiger Ephidrosis unilateralis vorgestellt, bei dem die Schweißsekretion besonders nach Genuß von sauren Speisen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(saurem Hering, Mostrich) auftrat. Eine Parotitis war in diesem Falle nicht voraufgegangen; es wurde nachgewiesen, daß die Ephidrosis mit den Kaubewegungen nichts zu tun hatte und bei anderweitigen sensiblen Reizen viel geringer auftrat. Der Fall wurde später noch einmal von Westphal als anomale Tabes vorgeführt. (Berlin. Klinische Wochenschrift 1880, Nr. 22.)

Autoreferat.

Schuster (Schlußwort): Eine mechanische Reizung der Speicheldrüse hat nicht stattfinden können, da Sch. den (auswärtigen) Kranken nur zweimal gesehen hat. Die Reizung der Speicheldrüsen auf dem Wege der Befeuchtung der Zunge mit Essig blieb erfolglos. Die von Lewandowsky aufgestellte Hypothese kann nicht zutreffen, denn Pat. zeigt in allerdings viel geringerem Maße auch auf der linken Gesichtsseite eine gewisse Schweißsekretion beim Kauen.

Autoreferat.

H. Kronthal: Vom Krampf.

Der Krampf soll mit Rücksicht auf die Anschauungen K.'s über die Physiologie des Nervensystems betrachtet werden. Vergleichende Anatomie geht von der Voraussetzung aus, daß die prinzipielle Leistung der Organe stets die gleiche ist. Das früheste Nervensystem ist die Neuromuskelzelle der Aktinien. Ein sensibler Apparat (S) ist mit einem motorischen (M) durch eine Fibrille verbunden. Die Fibrille leitet Erregungen von S fort zu M. Die drei Bestandteile, S Fibrille M, finden sich stets, wenn sich ein Nervensystem findet. Also ist es Aufgabe des Nervensystems, Erregungen von S zu M zu leiten. Die Erregung, von S zu M geleitet, verursacht Kontraktion von M. Wenn also M sich kontrahiert, können wir eine Erregung von S voraussetzen, und wenn anormale Kontraktionen von M sich zeigen, z. B. Krämpfe, können wir anormale Erregungen von S voraussetzen. Die Krämpfe müssen desto umfangreicher sein, je mehr S erregt wurden. Die meisten S liegen in der Haut, speziell an dem Ende der Extremitäten. Gerade nach Verletzungen von Hand und Fuß ist Reflexepilepsie beobachtet worden! Oft geht eine Aura von der Narbe aus, beweist also die primäre Erregung der S-Apparate. Nach Exstirpation der Narbe bleiben manchmal die Krämpfe fort. Sie müssen nicht fortbleiben, weil auch die Erregung der sensiblen Nerven, d. h. der Fibrillen an ihren S-Enden, die Krämpfe verursachen kann.

Die Aura in den verschiedensten Sinnesgebieten beweist für die Epilepsie oft, daß die Kontraktionen von M durch Erregung von S ausgelöst werden. Die Berechtigung, für alle Krämpfe primäre Erregung von S oder sensibler Nerven anzunehmen, entzieht uns das physiologische Experiment, welches die Erregbarkeit des kurarisierten, also bezüglich seiner Nerven gelähmten Muskels lehrt. Wir werden an chemische Reize denken müssen, durch welche die Muskulatur in den Krampfzustand versetzt wird. Diesbezüglich ist schon viel untersucht, viel berichtet, wenig bestätigt, nichts allgemein anerkannt.

Im engen Anschluß an die Physiologie ist hier die Ursache des Krampfes in der Erregung sensibler Apparate resp. Nerven oder in der Erregung der Muskulatur selbst gesehen worden; auf die Hilfe der Nervenzelle wurde verzichtet. Diese Anschauung steht im Gegensatz zu der jetzt herrschenden, welche dunkle Ursachen für den Krampf in dunklen Funktionen der Nervenzelle sucht.

Autoreferat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Brodmann: Über das Vorkommen der sog. Affenspalte beim Menschen (mit Demonstration):

Während beim Europäergehirn die Furchen der lateralen Okzipitalfläche äußerst variabel und inkonstant sind und eine Homologie mit dem Furchungstypus der Affen, insbesondere mit der sog. Affenspalte, sich nicht erweisen läßt, konnte Vortragender bei mehreren niederen Menschenrassen in einem relativ großen Prozentsatz eine auffallende Übereinstimmung der Okzipitalfurchen mit dem einfachen und schematischen Furchensystem der Anthropoiden, speziell des Orang-Utang, feststellen, ähnlich wie es Elliot Smith von Ägyptern und Singhalesen geradezu als gesetzmäßig beschrieben hat.

Unter zehn Herero-Hemisphären fand er siebenmal, unter sechs Javanern fünfmal und unter zehn Hottentotten-Hemisphären dreimal genau wie beim Orang einen tief einschneidenden, teils bogenförmig verlaufenden, teils mehr vertikal gestellten Furchenzug ziemlich weit vor der Okzipitalspitze, hinter dem sich ein deutliches „Operculum occipitale" meist von zungenförmiger Gestalt weit nach vorne ausdehnt.

Die Homologie mit der „Affenspalte" der Anthropoidon (sulcus lunatus E. Smith, s. simialis Brodmann) steht außer allem Zweifel. Die Übereinstimmung bezieht sich nicht nur auf diese Hauptfurche, sondern vielfach auf alle kleinen Nebenfurchen. Beachtenswert ist die relative Seltenheit der Furche bei den Hottentotten und ihre Häufigkeit bei Hereros, da auch sonst Differenzen zwischen den beiden Afrikanerstämmen bestehen.

Neben diesen morphologischen Eigentümlichkeiten finden sich histotopographische Abweichungen vom Europäergehirn, denen als Rassemerkmal eine noch größere Bedeutung zukommt. Beim Europäer liegt das histologische Sehfeld (die durch den Kalkarinatypus gebildete Area striata), wie B. schon vor Jahren nachgewiesen hat, fast ganz auf der Medianfläche und greift nur wenig, in manchen Fällen auch gar nicht, um die Okzipitalspitze auf die Konvexität über. Im Gegensatz dazu erstreckt sich bei Hereros, Hottentotten und Javanern diese Strukturzone in vielen Fällen ebenso wie bei den Anthropoiden sehr weit lateralwärts, zuweilen 6—7 cm, und nimmt das ganze hinter dem bogenförmigen Sulcus simialis gelegene Windungsgebiet des Operculum occipitale ein, derart, daß jene Furche die genaue Grenze des Feldes bildet. In weniger typischen Fällen wird nur ein Teil des Operkulum von der Area striata bedeckt, immer aber besitzt diese, von vereinzelten Ausnahmen abgesehen, eine ungewöhnlich große Ausdehnung auf der Konvexität, so daß man in dieser Annäherung an das Verhalten bei den Affen, speziell bei den Anthropoiden, im Verein mit den morphologischen Besonderheiten ein differentielles Rassenstigma gegenüber dem Europäergehirn erblicken darf. Unaufgeklärt bleiben die selteneren Ausnahmen, in denen diese geschilderten Verhältnisse sich nicht finden.

Vortragender weist noch auf das gelegentliche Vorkommen affenspaltenähnlicher Bildungen bei Mikrozephalen und Idioten hin (Marchand, Pfleger und Pilcz, Sander, Mendel, Fischer u. a.) und regt an, daß man künftighin an dem Material unserer Pflege- und Idiotenanstalten genauer auf solche Anomalien achten möchte. Autoreferat.

Diskussion wird vertagt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Maas: Demonstration.

Vortr. demonstriert makroskopische Präparate von einem Patienten, den er im Juli 1907 in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie unter der Diagnose „multiple Tumoren im Bereich des Zentralnervensystems" vorgestellt hat.

Es fand sich ein kalottenförmiger, höckriger Tumor am rechten Stirnbein, an der Operationsstelle in der rechten Schläfengegend unter der Haut eine Schwarte, die mit dem umgebenden Knochen und dem Gehirn verwachsen war. Beim Ablösen derselben sah man, daß sie nach dem Gehirn zu eine mit seröser Flüssigkeit gefüllte Höhle abschloß; weiter fanden sich zahlreiche, subdural gelegene, von der Dura ausgehende Geschwülste, die meisten derselben waren flach; eine nahezu kugelförmige, von 6 cm Durchmesser, im Bereiche der linken Großhirnhemisphäre gelegene, hatte sich tief in das Gehirn hineingepreßt, ohne mit demselben verwachsen zu sein. Eine weitere, an der Falx cerebri gelegene, war auch mit der Pia verwachsen und mußte bei der Herausnahme der Dura von dieser abgetrennt werden.

Im linken Kleinhirnbrückenwinkel fand sich eine kirschgroße, mit dem N. acusticus verwachsene Geschwulst. Das ganze Halsmark ist stark aufgetrieben darch einen intramedullaer gelegenen Tumor; in der Höhe der neunten Dorsalwurzel beginnt ein Tumor, der sich ca. 4 cm distalwärts erstreckt, derselbe ist mit dem Rückenmark fest vereinigt, und es macht den Eindruck, als ob er aus demselben herauswüchse. An einer Stelle ist er auch mit der Dura verwachsen; sonst bestehen nirgends Verwachsungen zwischen Rückenmark und Dura. Oberhalb dieser Geschwulst sieht man einen linsengroßen, von der Dura ausgehenden Tumor, der mit dem Rückenmark keinen Zusammenhang hat.

Eine Reihe kleinerer Tumoren finden sich an verschiedenen Stellen des Rückenmarks, namentlich an den intradural gelegenen vorderen und hinteren Wurzeln.

An der Cauda equina sieht man eine große Anzahl teils harter, teils weicher Tumoren, die mit den Nervenstämmen fest verwachsen sind, der größte derselben hat Kirschgröße.

Am linken Plexus brachialis fanden sich zwei spindelförmige Neurome; die Muskulatur des linken Armes, namentlich der Supinator longus, war, wie nach dem klinischen Befund zu erwarten gewesen, deutlich atrophisch.

An den inneren Organen wurde, abgesehen von einer rechtsseitigen Unterlappenpneumonie, nichts Abnormes gefunden.

M. bespricht dann kurz die schon 1907 vorgetragene Krankheitsgeschichte und weist darauf hin, daß die weitgehende spontane Besserung, die in bezug auf die Lähmungssymptome zeitweise beobachtet wurde, etwas ganz Ungewöhnliches ist; er glaubt, daß bisher nur zwei von Henschen und Kredel klinisch beobachtete Fälle beschrieben wurden, in denen spontane Rückbildungsprozesse von Rückenmarkstumoren anzunehmen sind. Zum Schluß hebt er noch hervor, daß es sich hier im Gegensatz zu seiner 1907 geäußerten Annahme nicht ausschließlich um extramedulläre Geschwülste gehandelt hat.

(Die mikroskopische Beschreibung der Präparate soll später erfolgen.)

Autoreferat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Bibliographie.

A. Cramer: Gerichtliche Psychiatrie. Ein Leitfaden für Mediziner und Juristen. Vierte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Jena 1908. G. Fischer. 540 Seiten. M. 10,50, gebunden M. 11,50.

Als wir im Jahre 1897 die erste Auflage von Cramer's Gerichtlicher Psychiatrie besprachen (S. 586 dieser Zeitschrift), lag ein Heft von 187 Seiten vor. Jetzt ist das Buch zu einem stattlichen Bande angewachsen und verdient kaum noch die Bezeichnung „Leitfaden". Den Fachmann interessieren an der neuen Auflage wohl am meisten die Ausführungen über die Lex ferenda, besonders die ärztlichen Wünsche in bezug auf die Behandlung der geistig Minderwertigen und der Jugendlichen. Cramer gibt zu, daß von rein medizinischem Standpunkte eine Gesetzgebung in rein deterministischem Sinne das Ideal sein würde, er hält es aber für ausgeschlossen, daß man bald den Weg einer Gesetzgebung in deterministischem Sinne beschreiten wird. Gesetz und Recht folgen langsam den Fortschritten der menschlichen Kultur. Nur sicher festgestellte Tatsachen, nicht unbewiesene Theorien, können die Grundlage für eine neue Gesetzgebung bilden. Daß die geminderte Zurechnungsfähigkeit bisher in der Gesetzgebung nicht berücksichtigt wurde, liegt an den unzureichenden Kenntnissen, die wir früher über die Grenzzustände besaßen. Das hat sich nun in den letzten Jahrzehnten geändert. „Wir dürfen deshalb heute, wo wir eine genaue Klinik der Grenzzustände besitzen, verlangen, daß sie in der Strafgesetzgebung eine ihnen gebührende Berücksichtigung finden." Doch soll man nicht von „geminderter Zurechnungsfähigkeit" sprechen, sondern von geistiger Minderwertigkeit. Gerät ein geistig Minderwertiger mit dem Strafgesetze in Konflikt, so sollte bei der Bestimmung der Notwendigkeit und der Dauer der strafrechtlichen Verwahrung nicht nur die Art des begangenen Verbrechens berücksichtigt werden, sondern besonders auch der Zustand des geistig Minderwertigen.

Bei Jugendlichen ist mit einem rein strafgesetzlichen Vorgehen nichts zu erreichen; es ist vor allem die Frage der Erziehung und der Besserung ins Auge zu fassen. Die Grenze der absoluten Strafunmündigkeit muß heraufgerückt werden, ebenso die Grenze der relativen Strafmündigkeit. Die kurzen Freiheitsstrafen sind unzweckmäßig. Wichtiger als strafrechtliche Maßregeln sind prophylaktische, so besonders die strenge Durchführung des Fürsorgeprinzipes und Vorkehrungen, daß die schulentlassene Jugend ähnlich wie die der gebildeten Stände, welche die höheren Lehranstalten besuchen, noch längere Zeit unter Zucht und Ordnung gehalten wird. Otto Snell (Lüneburg).

Clara und William Stern: Erinnerung, Aussage und Lüge in der ersten Kindheit. Leipzig, J. A. Barth, 1909. M. 5.—.

Das Ehepaar W. und C. Stern gibt bekanntlich Monographien über die seelische Entwicklung des Kindes heraus, in denen ein großes, im eigenen Hause gewonnenes Tatsachenmaterial mitgeteilt und die psychologischen Ergebnisse klar dargestellt werden. Den ersten Band (Die Kindersprache) haben wir bereits früher hier als ein treffliches Buch gekennzeichnet — der vorliegende zweite Band ist ebenfalls ein ausgezeichnetes Werk sorgfältiger Beobachtung, geistvollen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Experimentierens und gediegener kritischer Analyse. Der erste Teil behandelt die individuelle Entwicklung der Aussagefähigkeit in drei Kapiteln: das Wiedererkennen als Vorstufe der Erinnerung; die chronologische Entwicklung der Erinnerungs- und Aussagefähigkeit; die falsche Aussage (Erinnerungstäuschung, Scheinlüge, Lüge). Der zweite Teil liefert dann eine vergleichende Psychologie der frühkindlichen Aussage in ihren einzelnen Unterarten. Der dritte Teil gibt die praktischen Anwendungen für Pädagogik und Gerichtssaal (Zeugnisfähigkeit). Es ist eine Freude zu sehen, wie auf einem lange brach gelegenen Acker nunmehr die Frucht reift. Gaupp (Tübingen).

Hygiea. Festband 1908. I.—II. Stockholm.

Anläßlich des hundertjährigen Bestehens der schwedischen medizinischen Gesellschaft erscheint diese stattliche Festschrift. Sie enthält nicht weniger als acht neurologische und psychiatrische Abhandlungen, von denen sicher mehrere auch in anderen Sprachen erscheinen dürften. So der interessante Fall von S. E. Henschen von makulärem (perimakulärem) hemiopischem Skotom nach Messerstich im Okzipitallappen; der Fall von F. Leunmalm (Fibromyxom in der Cauda equina — Operation — Heilung). Die Abhandlung von Bror Gadelius behandelt in geistesvoller Weise die Frage von der Hysterie und Katatonie. H. Fröderström verbreitet sich über die klinische Psychologie und die psycho-physiologischen Untersuchungsmethoden in der Psychiatrie. In einer groß angelegten Abhandlung (die demnächst in deutscher Sprache erscheinen wird) behandelt F. Henschen an der Hand eigener Fälle die Symptomatologie, Diagnose, pathologische Anatomie und die Therapie der Akustikustumoren. Schließlich sind noch drei kleinere Abhandlungen zu erwähnen: H. Marcus: Ein Fall von infantiler Paralyse; H. C. Jacobäus: Fall von Lepra anaesthetica mit differentialdiagnostischen Erwägungen der Syringomyelie gegenüber; G. Rystedt: Fall von sog. akuter disseminierter Sklerose mit pathologisch-anatomischen Untersuchungen.

Wimmer (Kopenhagen).

Gustav Kabrel (Prag): Der Abstinentismus und seine Bedeutung für das Individuum und für die Gesellschaft. München 1907. R. Oldenburg. 8°. 69 S. M. 1,50.

Wie K. zur Wahl des barbarischen Ausdruckes Abstinentismus statt des einfachen und gebräuchlichen „Abstinenz“ gekommen ist, ist schwer zu sagen. Vielleicht wollte er gleichzeitig damit die Summe der Bestrebungen und Lehren andeuten, die die Abstinenz von Alkohol zum Ziele haben. Der Nachweis, daß diese Abstinenz für jeden das beste sei, ist die Aufgabe der maßvollen, klar und anschaulich geschriebenen Broschüre.

K. bespricht den Einfluß des Alkohols auf den Organismus im allgemeinen sowie unter verschiedenen Verhältnissen, wobei er die Schädlichkeit des Bieres gebührend hervorhebt und die häufig übersehene Tatsache betont, daß in der starken Widerstandskraft mancher Individuen gegen die Berauschung nicht ein Vorteil, sondern im Gegenteil eine Gefahr liege, indem dadurch die chronischen Veränderungen der Körperorgane begünstigt werden, und er kommt schließlich zu folgenden Schlußsätzen:

1. Der Alkohol setzt, trinke man ihn schon, in welcher Form man will,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und selbst in der geringsten Dosis, sowohl die körperliche als die intellektuelle Leistungsfähigkeit herab.

2. Beim regelmäßigen Genusse alkoholischer Getränke machen sich die Wirkungen der chronischen Vergiftung geltend, deren gefährlichstes und tückischstes Attribut die Gier nach Erneuerung des Genusses bildet, die sich allmählich steigert und mit wachsender Intoleranz verbindet und sogar nach den Umständen Schritt für Schritt zu stets gefährlicheren Konsequenzen führen kann.

3. Der Umstand, daß der Grad der krankhaften Veränderungen bei der chronischen Alkoholvergiftung besonders auch von den inneren Eigenschaften des ganzen menschlichen Organismus abhängt, für deren Bewertung wir bezüglich der Widerstandstähigkeit gegen das Alkoholgift kein objektives Kriterium besitzen, versetzt den Menschen in ein sehr gefährliches Verhältnis zum Alkohol, von welchem man weder mit Sicherheit feststellen noch voraussehen kann, wie es sich gestalten resp. zu welchem Grade der krankhaften Veränderung es im gegebenen Falle führen wird. Sicher ist nur, daß, je größer die Empfänglichkeit des Menschen für die toxische Wirkung des Alkohols ist, unter sonst gleichen Verhältnissen der Weg bis dahin, wo er entweder mit schweren körperlichen Krankheiten oder mit der Deroute der psychischen Funktionen schließt, desto kürzer und abschüssiger ist. Die Gebote der gewöhnlichen Vorsicht und Nüchternheit führen die Menschen stets zu der schlichten Lebensphilosophie, alles zu vermeiden, was nicht die Gewähr absoluter Unschädlichkeit bietet, was nicht nur keinen Nutzen bringt, sondern auch noch die Quelle von Schädigungen zu werden droht."

So wird nach K. der Mensch unabwendbar zu der Schlußfolgerung geführt, sich von den alkoholischen Getränken loszumachen.

Dem steht aber, wenigstens was das Bier und den Wein anbetrifft, bei der Mehrzahl der Menschen noch die durch Tradition geheiligte Trinksitte entgegen. „Dem gesunden Verstande folgen, d. h. dem Alkohol entsagen, heißt somit sich der Macht entgegenstellen, was doch ein fortschrittliches Denken erheischt, das ohne Rücksicht auf die anderen seinen eigenen Weg wandelt." Deshalb suchen alle, die dieses nicht besitzen, in halber Maßregel, d. h. in der Mäßigkeit, ihre Zuflucht, obgleich eine Definition der unschädlichen Dosis der Wissenschaft unmöglich ist. „Die Forderung, die Wissenschaft möge die Alkoholdosis bestimmen, die bei täglichem Genusse die Gesundheit des Menschen nicht beeinträchtigen würde", involviert etwas, „das man bildlich als Quadratur des Zirkels bezeichnen könnte." Deshalb sollten wenigstens die, die aus irgend welchen Gründen nicht zu dem einfachsten und nächstliegenden Mittel der Alkoholentsagung greifen wollen, sich des „fakultativen Abstinentismus" befleißigen. Dieser besteht nach K. im Gegensatz zum „strengen Abstinentismus" in dem Lossagen von dem regelmäßigen täglichen Alkoholgenuß. Zu der gelegentlichen Belebung der Speisenkarte durch ein Glas Bier oder Wein unter Vermeidung der berauschenden Wirkung sei vom individuell hygienischen Standpunkt nichts einzuwenden, da ja der Organismus kräftig genug sein kann, eine gelegentliche geringe Schädigung auszugleichen. Der „strenge Abstinentismus" aber hat, wie K. nachweist, sozialhygienisch durchaus seine Berechtigung, er verfolge das Ziel der körperlichen und moralischen Hebung der menschlichen Gesellschaft und trage so den Charakter einer fortschrittlichen Bewegung. Der „fakultative Abstinentismus",

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der in antialkoholischen Vereinen allein als Bedingung gestellt werden sollte, sei daher nur die Vorstufe des „strengen Abstinentismus", zu dem der fakultative Abstinent allmählich gelangen sollte. Hoppe (Königsberg).

Birnbaum: Über psychopathische Persönlichkeiten. Eine psychopathologische Studie. Wiesbaden, Bergmann 1909 (Grenzfragen LXIV).

Die Schrift Birnbaums weist eine große Reihe von Vorzügen auf. Der wesentlichste besteht vielleicht in der Form, in der Anordnung und Art der Darstellung. Wer sich einmal bemüht hat, gerade psychopathische Eigentümlichkeiten zu schildern, der weiß, wie außerordentlich schwierig es ist, hier die richtigen Worte zu finden.

Mit der Klarheit der Form gehen Klarheit des Denkens, Prägnanz der Begriffe und Sinn für das Wesentliche Hand in Hand. Der Verfasser hat aber nicht bloß die vorhandene Literatur zusammengetragen und verarbeitet, sondern überall beweisen feinsinnige, treffende Bemerkungen, daß er innerlich über seinem Stoffe steht, daß er ihn aus eigenen Erfahrungen heraus gestaltet. Diese Art, wie der Verfasser seinen Stoff von oben her anschaut, wie er den Weg zu allgemeineren Ausblicken mühelos findet und sich immer ein klares Urteil bewahrt, verrät einen gesunden, praktischen Blick, eine nicht bloß theoretische Einsicht in das Wesen verschiedenartiger Menschen, sondern ganz allgemein eine reifere Menschenkenntnis, eine natürliche Begabung für die Psychologie des Alltags, wie sie so manchen Psychiatern zu fehlen scheint.

Vielleicht sind in den Beispielen (und nur in diesen) die „Verbrecher" ein wenig zu sehr herausgehoben und die feineren, höheren psychopathischen Naturen, auf deren Kulturwert am Schlusse hingewiesen ist, zu kurz gekommen. Doch sind dies Dinge des persönlichen Geschmacks. Praktisch sind natürlich die „Verbrecher", die „Entgleisten" aller Art ungleich wichtiger.

Wer sich ernsthaft mit dem Thema der Psychopathie beschäftigen will, sei er Student oder Arzt, sei er Jurist oder Literarhistoriker, überhaupt jeder Gebildete darf in dem vorliegenden Buch einen vortrefflichen Leitfaden von hohem didaktischem Werte erblicken. Lange (Tübingen).

IV. Referate und Kritiken.

Psychiatrie.

R. Thomsen: Zur Klinik und Ätiologie der Zwangserscheinungen, über Zwangshalluzinationen und über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Hysterie.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 44, Heft 1.)

In einer früheren Arbeit (dieses Archiv Bd. 27, Heft 2) hatte T. noch den alten Westphal'schen Grundsatz verfochten, wonach Zwangsvorstellungen deuteropathisch bei Hysterie, Neurasthenie und dergl. auftreten, öfters aber als selbständiger typischer Symptomenkomplex, sogar als Krankheit sui generis

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich zeigten. Halluzinationen und Wahnideen sollten, als unvereinbar mit dem Wesen der Zwangsvorstellungen, nicht vorkommen, der Kranke zeichne sich durch die Einsicht in die Krankhaftigkeit der Erscheinungen aus, während seine geistige Persönlichkeit intakt bleibe, und endlich wies T. auf das Fehlen der ätiologischen emotiven Grundlage hin. Er bekämpfte die Behauptung, daß Zwangsvorstellungen auch bei anderen Psychosen auftreten, daß sie eine Erscheinungsform des hereditären oder degenerativen Irreseins seien, zur Neurasthenie gerechnet werden müssen und betonte die Spezifität der bei Zwangsvorstellungen auftretenden anfallsartigen Zustände und somatischen Begleiterscheinungen.

Spätere Erfahrungen führten nun eine Revision dieser Anschauungen herbei. Insbesondere mußte Verfasser erkennen, daß das Gebiet der Zwangserscheinungen weiter zu fassen ist, daß Zwangshalluzinationen vorkommen, und endlich findet er sehr intime Beziehungen zwischen Zwangsvorgängen und der Hysterie. Elf Krankengeschichten, die mitgeteilt werden, bilden die Grundlage seiner neuen Beobachtungen, die er in folgenden Sätzen zusammenfaßt:

1. Die Westphal'sche Begriffsbestimmung der „Zwangsvorstellungen" ist, sofern man darunter eine selbständige bestimmte psychische Störung versteht, mit den angegebenen Ergänzungen resp. Interpretationen festzuhalten.

2. Alle übrigen „Zwangsvorgänge" verdienen nur dann diese Bezeichnung, wenn sie sich im Anschluß an echte Zwangsvorstellungen (Westphal) entwickeln oder aus ihnen hervorgehen.

3. Wo echte Zwangsvorstellungen oder Zwangsvorgänge längere Zeit in ausgesprochener Weise ohne anderweitige psychische Komplikationen bestehen, darf man mit Recht von einer „Zwangsvorstellungspsychose" sprechen.

4. Die Beziehungen der Zwangsvorgänge zur Hysterie scheinen intimer Art zu sein.

5. Alle nicht den echten Zwangsvorgängen zugehörigen ähnlichen Symptomenkomplexe sind besser als „Obsessionen" zu bezeichnen.

Finckh (Nieder-Schönhausen).

Arthur J. Whiting (London): Two important angioneuroses.

(Medical Record 1908, Bd. LXXV, Nr. 1, S. 8—11.)

Verf. schildert einige Fälle von Akroparästhesie und angioneurotischem Ödem und knüpft hieran einige Betrachtungen bezüglich der Ätiologie und Pathogenese dieser beiden Leiden. Bemerkenswert ist in ätiologischer Hinsicht für die erstgenannte Krankheit das Auftreten derselben nach Hantieren mit kalten Gegenständen. Dreiviertel seiner Fälle betrafen Waschfrauen oder solche Frauen, die mit Arbeiten beschäftigt waren, wobei die Hände abwechselnd mit heiß oder kalt oder nur mit kalt zu tun hatten. U. a. führt er einen Steinmetzen an, der kalten Marmor zu behauen hatte, sowie einen sehr beschäftigten Arzt, der das Leiden bekam, nachdem er beim Kraftwagen das Steuerrad in der Kälte gelenkt hatte. Als weitere ätiologische Faktoren sind Anämie, Alkoholismus, Influenza und Störungen, die mit der Sexualsphäre zusammenhängen (Klimakterium, Geburt, Schwangerschaft) verantwortlich zu machen. Hereditärer Einfluß ist nicht erwiesen. In pathologischer Hinsicht will Verf. das Leiden mit den Beschäftigungsneurosen in eine Reihe stellen.

Unter den Fällen von angioneurotischem Ödem verdient einer Beachtung, weil er mit plötzlichem Tode infolge Übergreifens des Prozesses auf Hals und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kehlkopf endete. Übrigens ist tödlicher Ausgang auf diese Weise keineswegs selten. Verf. erhielt Kenntnis von einer Zusammenstellung Dr. McDowell's, wonach unter 110 familiären Fällen 30 infolge Suffokation (Larynxödem) starben; unter 33 von Ensor gesammelten Fällen war der gleiche Ausgang in allein 12 zu verzeichnen. Bemerkenswert ist ferner die Vererbbarkeit des Leidens. Verf. schätzt, daß wahrscheinlich mehr als die Hälfte in Familien vorkommt. Buschan (Stettin).

Weisenburg: Neurologic teaching in America.

(Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 1908.)

In kurzen Umrissen zeichnet Verf. die Entwicklung und den jetzigen Stand des neurologischen und psychiatrischen Unterrichts an den amerikanischen Universitäten. An den einzelnen Universitäten bestehen noch manche Verschiedenheiten, doch ist hervorzuheben, daß der Unterricht in beiden Fächern überall obligatorisch ist und daß meist großes Gewicht auf die Unterweisung der Studenten in kleinen Gruppen gelegt wird. Verf. glaubt, daß man in bezug auf den Unterricht in diesen beiden Disziplinen in Amerika heute schon England und Frankreich, vielleicht auch Deutschland und Österreich voraus ist. — Zum Schluß macht Verf. Vorschläge für eine teilweise Umgestaltung des Lehrplanes; am eingreifendsten ist, daß er wünscht, die Neuropathologie solle nicht mehr wie bisher als ein selbständiges Fach, sondern im Anschluß an die pathologische Anatomie gelehrt werden. Kölpin.

Sommer: Depressionszustände und ihre Behandlung.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 25.)

Die Depressionszustände werden in drei Gruppen geteilt: 1. symptomatische, als Teilerscheinung organischer und funktioneller Psychosen; 2. durch Neurosen bedingte; 3. selbständige Psychosen. Zur 1. Gruppe zählen u. a. die präsenilen, also auch Kraepelin's „Melancholie", soweit durch die Depression schwerere Demenzzustände nur verdeckt werden. Bei der 2. wird auf die genaue Scheidung der hysterischen und neurasthenischen besonders Wert gelegt. In der 3. Gruppe wird die endogene, häufig periodische Melancholie scharf vom manisch-depressiven Irresein gesondert. Die Therapie wird jedesmal genau besprochen, und in ihrem Interesse wird zum Schluß die Notwendigkeit einer sorgfältigen Trennung der verschiedenen Formen betont. Müller (Dösen).

E. Siemerling: Epileptische Psychosen.

(Berliner klin. Wochenschr. 1909, Nr. 1.)

Ein klinischer Vortrag. Gaupp.

Heinrich Vogt (Frankfurt a. M.): Epilepsie und Schwachsinnszustände im Kindesalter.

(Arch. f. Kinderheilk., Bd. 48, H. 5—6.)

Obwohl die Arbeit, welche einen kritischen Sammelbericht mit reichlich eingestreuten Mitteilungen über eigene Forschungsergebnisse darstellt, zu einem kurzen Referat wenig geeignet ist, sei sie doch ihrer Wichtigkeit wegen in ihren Hauptzügen wiedergegeben, doch sei zugleich auf die Lektüre des Originals nachdrücklich hingewiesen.

Die Epilepsie des kindlichen Alters ist geradeso wie die der Erwachsenen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keine einheitliche Krankheit, sondern eine Krankheitsgruppe, ein Sammelbegriff, unter dem vorläufig noch eine Reihe der verschiedenartigsten Prozesse zusammengefaßt wird. Während Féré und Henoch die infantilen Konvulsionen ohne weiteres mit der Epilepsie identifizieren, räumt ihnen Thiemich unter dem Begriff der spasmophilen Diathese eine Sonderstellung ein und diagnostiziert diese aus der galvanischen Übererregbarkeit. Auch macht er auf ihre Beziehungen zu den Ernährungsstörungen und zur Rachitis sowie auf die Tatsache aufmerksam, daß nur ein kleiner Teil der spasmophilen Kinder, von seinen 53 Fällen nur 18, frei von nervösen Störungen blieb. Auf einem ähnlichen Standpunkt steht Hochsinger, welcher die Spasmophilie als Übererregbarkeitskrämpfe auffaßt, zu denen außer der Eklampsie die Tetanie, Atem- und Nickkrämpfe gehören. Aschaffenburg dagegen ist geneigt, einen Zusammenhang zwischen Spasmophilie und Epilepsie anzunehmen, wofür ihm gewisse psychische Anomalien wie Wutkrämpfe und Pavor nocturnus zu sprechen scheinen. Jedenfalls darf die Spasmophilie als eine endogene Indisposition des Nervensystems angesehen werden, eine Auffassung, welche auch durch die von Vogt erhobene Tatsache bestätigt wird, daß die Zahl der eklamptischen Kinder unter den Schwachsinnigen einen hohen Prozentsatz erreicht.

Wenn auch der Begriff der genuinen Epilepsie zugunsten neuer klinisch und anatomisch wohl charakterisierter Krankheitsbilder mehr und mehr eingeschränkt wird, so daß er, wie Heilbronner treffend bemerkt, nur in negativem Sinne bezeichnend ist, so kann er doch noch nicht entbehrt werden, allerdings soll die Diagnose der genuinen Epilepsie im Hinblick auf die Möglichkeit organischer Komplikationen mit großer Vorsicht gewissermaßen per exclusionem gestellt werden. Schwierig für die Diagnose sind oft die petit mal-artigen Zustände, welche ja in intellektueller Beziehung eine besonders schlechte Prognose bieten; sie sind, was für die Prognose von großer Wichtigkeit ist, von den gehäuften kleinen Anfällen zu unterscheiden, auf welche Heilbronner und Hoche aufmerksam gemacht haben. Ein Drittel dieser Fälle wird später epileptisch. In ähnlicher Weise finden wir einen Übergang in Epilepsie bei gewissen Verstimmungen ohne Bewußtseinstrübungen. Was den Schwachsinn bei Epilepsie anbetrifft, so geht die Kombination dieser Zustände meist auf eine gemeinsame Ursache zurück und wird nach Binswanger's Vorgang als degenerative Epilepsie bezeichnet. Gleichwohl gibt es auch Fälle, in denen die Verblödung als Folge der Epilepsie parallel der Dauer und Progression der Krankheit anzusehen ist. Eine besondere Stellung nimmt die von Bratz beschriebene Affektepilepsie ein, deren Erscheinungen unter Anstaltsbehandlung alsbald verschwinden, während sie draußen unter den Reizwirkungen des täglichen Lebens zum Ausbruch kommt.

Unter den Herderscheinungen, welche häufiger als man annimmt die Grundlage der epileptischen Veränderung sind, spielen die Zerebrallähmungen die wichtigste Rolle. In ihrer klassischen Form sind sie mit Kontrakturen verbunden, welche an der oberen Extremität am stärksten ausgeprägt sind, doch sind sie auch weitgehender Rückbildung fähig und lassen sich dann in den leichtesten Fällen von Hemiparese nur durch die einseitige Steigerung der Sehnenreflexe erkennen. Noch wichtiger ist nach Ansicht des Ref. die Feststellung des Babinski'schen Reflexes, wenigstens gelang es ihm, auf Grund dieses Reflexes eine in der Kindheit erworbene und zur völligen Restitution ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

langte Hemiplegie zu diagnostizieren, welche später durch den Sektionsbefund bestätigt wurde. Diese als Formes frustes imponierenden Lähmungen, zu deren Würdigung nach Freud und Rie auch die Linkshändigkeit besonders zu beachten ist, erfahren eine bemerkenswerte Beleuchtung durch die nach Krampfanfällen oder interparoxysmell auftretenden Herderscheinungen, die im übrigen als Erschöpfungssymptome aufzufassen sind. Auch die kindlichen Aphasien, die fast ausschließlich motorischer Natur sind, zeichnen sich durch häufiges Vorkommen von Formes frustes aus und können sich nach Bernhardt durch Funktionsübernahme der rechten Hemisphäre wieder zurückbilden, sie sind ebenso wie die Myoklonie zu den Grenzfällen zu rechnen. Die choreatischen und choreatisch-athetotischen Lähmungen, welche durch eine Läsion der motorischen Rinde und der Pyramidenbahn allein sich nicht genügend erklären lassen, sind in ihrer reinen Form als Linsenkernaffektionen von Anton und Putnam beschrieben worden.

Was die in Verbindung mit Herderkrankungen auftretende Epilepsie betrifft, so trägt diese nur in seltenen Fällen dauernd den Charakter der Jackson'schen Anfälle und bleibt nie halbseitig. Hält man diese Erscheinung mit der von Henoch beobachteten Tatsache zusammen, daß halbseitige Krämpfe auch ohne Zerebralleiden und doppelseitige Krämpfe auch bei einseitigen Erkrankungen vorkommen, so erkennt man, wie schwer es ist, lediglich aus der Betrachtung der Anfälle die genuine Epilepsie von der grob organisch bedingten zu unterscheiden. Wichtig ist und bleibt nur der Verlauf der Krankheit und die Umwandlung des Halbseitenanfalls in den generalisierten Anfall, die sich nur sehr langsam vollzieht. Féré will bei organisch bedingter Epilepsie Neigung zu statusartiger Häufung der Anfälle beobachtet haben, und Bourneville ist der Ansicht, daß im höheren Alter die Antälle überhaupt aufhören, eine Regel, die sicherlich viele Ausnahmen erfährt. Die Epilepsie kann der Lähmung um Jahre vorausgehen, es kommen ferner langsam progrediente Fälle vor, z. B. bei atrophisch-sklerotischen Prozessen. Heilungen der Hemiplegie sind sehr selten und beschränken sich fast nur auf die traumatisch bedingten Erkrankungen. Der Fall von Sachs und Peterson, dem eine entzündlich entstandene Lähmung zugrunde liegt, steht vereinzelt da. Ref. kann einen Fall aus seiner eigenen Erfahrung hinzufügen, in dem bei einem älteren Epileptiker eine Hemiplegie, welche in der Kindheit einsetzte, zur völligen Heilung kam und sich später bei der Autopsie als entzündlichen Charakters erwies. In ätiologischer Beziehung wird die Bedeutung des Geburtstraumas, wie auch Vogt an einem größeren statistischen Material nachweist, wesentlich überschätzt.

Die Beziehungen der hereditären Lues sind ebenso mannigfaltig wie besonders in therapeutischer Hinsicht wichtig. Es können sowohl organische Veränderungen spezifischen Charakters in Form von gummösen Prozessen, Herderkrankungen und Endarteriitis oder rein funktionelle Krankheitsformen ohne materielle Grundlagen vorkommen. Zu den letzteren gehören die parasyphilitische Epilepsie im Sinne Fourniers und die postsyphilitischen Fälle von Nonne, die sich im Verlauf nicht wesentlich von der genuinen Epilepsie unterscheiden, ebenso wie auch zwischen der syphilitischen organischen und der nichtsyphilitischen organischen Epilepsie Ähnlichkeit besteht. Die postsyphilitische Epilepsie, welche auf dem Wege toxischer Keimschädigung hervorgerufen ist, muß als eine postinfektiöse Neurose angesehen werden und steht zur Lues in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

demselben Verhältnis wie die Tabes und die Paralyse. Ähnlich wie die Epilepsie verhält sich auch die Idiotie zur hereditären Lues.

Die Kenntnis der tuberösen Sklerose, deren klinische Diagnose bisher kaum möglich war, hat durch die umfassenden Arbeiten und sorgfältigen Beobachtungen von Vogt in klinischer wie anatomischer Hinsicht wertvolle Förderungen und Ergänzungen erfahren. Die fast nie fehlende Epilepsie beginnt meist in den ersten Lebensjahren, unterscheidet sich aber kaum von der genuinen Form. Charakteristisch sind Tumoren der Nieren, des Herzens, deren genaueste Untersuchung bei epileptischen Idioten zur Sicherung der Diagnose nicht zu unterlassen ist, ferner in einzelnen Fällen eine eigentümliche Hautaffektion von der Art des Adenoma sebaceum, die zu beiden Seiten der Nase lokalisiert ist. Die Hirnsklerosen zeigen im mikroskopischen Bilde die Charakteristika der gestörten Entwicklung, es finden sich Heterotypien, Neuroblasten und sogenannte große Zellen, welche zum Teil gangliöser Natur, zum Teil von der Beschaffenheit der Gliazellen sind. Müssen diese Veränderungen als primäre aufgefaßt werden, so stellen die Gliawucherungen Vorgänge sekundärer Natur dar. Zwischen den Hirnsklerosen und den Tumoren der Nieren, des Herzens und der Haut besteht ein innerer Zusammenhang.

In gewissen Fällen weisen die mit Hydrozephalus behafteten epileptischen Idioten keine Schädelvergrößerung, sondern zuweilen sogar Mikrokephalie auf und zeichnen sich durch das Vorkommen eigenartiger Hemmungszustände aus, wie sie übrigens auch bei typischen Hydrozephalen beobachtet werden.

Daß Idioten in hohem Grade spasmophil sind, ist eine Tatsache, welche von allen Beobachtern bestätigt wird. Féré gibt an, daß der dritte Teil aller Idioten epileptisch wird. Mit einem therapeutischen Ausblick und einem warmen Appell an die beteiligten Kreise, für eine geeignete Versorgung der jugendlichen Epileptiker energisch einzutreten, schließt die treffliche Arbeit.

Hubert Schnitzer (Stettin-Kückenmühle).

Audenino (Turin): „Contributo allo studio delle coree e delle epilessie".

(Est. d. Arch. d. Psich. XIX, IV—V.)

Ein kasuistischer Beitrag zu Negro's Auffassung der Chorea Sydenham als einer der Epilepsie verwandten, wenn nicht mit ihr identischen Affektion. Warum in dem einen Fall bloß epileptische, in dem andern bloß choreatische, in andern Fällen gemischte Phänomene auftreten, wissen wir nicht, die Ansicht bleibt bestehen, daß in vielen Fällen die choreatischen Erscheinungen als Äquivalent der epileptischen aufzufassen sind. Ähnliche Ansichten sind schon von Joffroy, Althaus, Hawkins, Féré, von Bechterew, Forni, Murri ausgesprochen, am bestimmtesten wird aber von Negro diese Meinung vertreten. Bei des Verf. Fällen (2 bei 2 Geschwistern) kann man sich des Verdachtes nicht erwehren, daß wenigstens der eine davon auf zerebraler Kinderlähmung basiert, so sehr auch Verf. Gründe dagegen geltend zu machen versucht. Erwähnt mag noch werden, daß der Autor auch in der Heredität Verwandtschaft findet, indem bei einem Falle Negro's die Mutter an epileptischen Anfällen litt und Féré in der Verwandtschaft von 308 Epileptikern 95 Choreatiker fand. Nach Verf. Befunden bewahrheitet sich übrigens die These von einer Bevorzugung der rechten Seite bei Epilepsie nicht. Einen anderen Punkt kann er

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht aufklären, der sich mit seiner Theorie nicht vereinigen läßt, daß nämlich die Epilepsie das männliche, die Chorea das weibliche Geschlecht stärker betrifft.

Wolff (Katzenelnbogen).

Diller und Wright: A study of hysterical insanity with an especial consideration of Ganser's symptom-complex. Report of eight cases.

(Journ. of Nerv. and Ment. Diseases, Jan. 1909.)

Kurzer Überblick über die Lehre vom hysterischen Irresein mit besonderer Berücksichtigung des Ganser'schen Symptoms des Vorbeiredens. Im Anschluß daran Mitteilung von acht Fällen. Etwas wesentlich Neues bringt die Arbeit nicht.

Kölpin.

Windscheid (Stötteritz): Rentenkampfhysterie als Unfallfolge abgelehnt.

(Med. Klinik 1909, Nr. 1.)

Im Kampfe um eine Unfallrente nach Bruch der linken Speiche, welche erst mit 20 %, schließlich mit 10 % entschädigt wurde, traten bei dem an Magenkatarrh und Blutarmut leidenden 33jährigen Manne neurasthenische Leiden auf, zum ersten Male 21 Monate nach dem Unfall ärztlich festgestellt. Der direkte Zusammenhang mit dem Unfall wurde in allen Instanzen verneint.

Liebetrau (Hagen i. W.)

Sadger (Wien-Graefenberg): Zur Ätiologie der konträren Sexualempfindung.

(Med. Klinik 1909, Nr. 2.)

S. geht von der Ansicht aus, daß man über die Entstehung der perversen Geschlechtsempfindung gemeiniglich zu einseitig urteile, wenn man sie lediglich als angeboren oder als erworben bezeichne.

Ferner könne über das wahre Wesen der Perversion nur eine lange dauernde genaue psychoanalytische Beobachtung Aufschluß geben. Er illustriert diese Anschauungen an einem sehr lehrreichen Falle eines hochintelligenten (Studenten) homosexuellen Masochisten, der zunächst angab, niemals heterosexuelle Neigungen gehabt zu haben, in dessen Anamnese aber eine systematische häufige psychoanalytische Erforschung eine bunte Reihe von Liebschaften zu weiblichen Wesen, untermischt mit solchen zu männlichen, feststellen konnte bis zum Siege des homosexuellen Triebes; die ursprüngliche Empfindung galt der Mutter mit männlichen Charaktereigenschaften, bis sich die Neigung in Abneigung mit sekundärer Ablehnung des weiblichen Geschlechtes überhaupt verwandelte. S. glaubt, daß alle Menschen ursprünglich bisexuell veranlagt seien, daß zur Bestimmung des schließlichen Charakters viele äußere Einflüsse besonders die Erziehung, mitwirken, und daß die Entscheidung sich in der Pubertät vollziehe. Daneben spielt natürlich in letzter Linie eine nicht näher zu klärende konstitutionelle Veranlagung eine wichtige Rolle.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Hans Gudden: Das Wesen des moralischen Schwachsinns.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 44. Bd., Heft 1.)

Der Verf. geht von Lombroso's Lehrsatz aus, der geborene Verbrecher stelle „einen Rückschlag in die prähistorische Formation des Menschengeschlechts

Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

oder auch einen Zustand der niedrigsten Kulturstufe lebender wilder Völker und Rassen der Jetztzeit" dar. Näckes ablehnenden Standpunkt hält er für zu schroff. Nach Ansicht des Verf. führen vergleichende Studien bei kulturell niederstehenden Völkern, z. B. den Negern, zu dem Schluß, daß eine weitgehende Ähnlichkeit ihres Charakters mit den Symptomen des moralischen Schwachsinns vorhanden ist. Bei beiden sind die instinktiven Eigenschaften stark ausgebildet und auf intellektuellem Gebiet arbeiten beide hauptsächlich mit Hilfe des sinnlichen Gedächtnisses und der sinnlichen Erfahrung. Das Fehlen der höheren intellektuellen Vermögen bedingt notwendig die Symptome, die wir beim Neger wiederfinden (starke Beeinflußbarkeit, ethische Mängel, Oberflächlichkeit, phantastisches Denken mit Neigung zur Lüge, gesteigerte Affekterregbarkeit usw.), so daß die Ähnlichkeit bei beiden nicht nur äußerlich, sondern auch innerlich sein muß, und demnach der moralische Schwachsinn „aus einer an sich integren, aber zu dürftigen Gehirnanlage zu erklären ist". Allerdings sind die Ursachen dieser zu dürftigen Gehirnanlage bei beiden verschieden, bei den niederen Völkerrassen phylogenetischer, beim moralischen Schwachsinn individueller Natur, wobei die erbliche Belastung eine große Rolle spielt. Den letzteren aber als Atavismus hinzustellen, geht nicht an. Der moralisch Schwachsinnige ist geisteskrank, seine Zurechnungsfähigkeit richtet sich nach seiner Fähigkeit, höhere Begriffe zu verarbeiten und richtunggebend auf Vorstellen und Handeln einwirken zu lassen. Bei ihm wie beim Neger sind Gefängnisstrafen wirkungslos, dagegen sieht man vom Arbeitszwang gute Erfolge.

Finckh (Nieder-Schönhausen).

Knapp: Confusional insanity and dementia praecox.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Okt. 1908.)

Akute Verwirrtheit (Amentia) und Dementia praecox lassen sich nicht von einander trennen. Da die Dementia praecox durchaus nicht immer zur Demenz führt, ist die Benennung unzweckmäßig. Statt dessen bringt Verf. im Anschluß an Bianchi den Namen „sensorische Phrenose" dafür in Vorschlag.

Kölpin.

Southard and Mitchell: Clinical and anatomical analysis of 23 cases of insanity arising in the sixth and seventh decades with especial relation to the incidence of arteriosclerosis and senile atrophy and to the distribution of cortical pigments.

(Amer. Journ. of Insanity, Vol. 65, Nr. 2.)

Nach der Ansicht der Verfasser spielen Arteriosklerose und senile Atrophie des Gehirns bei den im Präsenium auftretenden Psychosen durchaus nicht die große Rolle, die man ihnen vielfach zuspricht, ja sogar als nur komplizierende Faktoren sind sie oft überschätzt worden.

Die Verfasser stützen ihre Ansicht auf die klinische und anatomische Untersuchung von 23 Fällen, deren Beginn ins sechste oder siebente Lebensjahrzehnt fiel. Von diesen Fällen waren zwei alkoholischen Ursprungs, fünfmal lagen paranoische, viermal delirante, dreimal manische und neunmal depressive Zustände vor. Zwischen Beginn der Erkrankung und Tod lagen einige Monate bis 17 Jahre. Es fand sich Arteriosklerose in 20 Fällen, darunter Arteriosklerose der Hirnarterien neunmal. Das Hirngewicht wurde in 19 Fällen (acht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Männer, elf Frauen) bestimmt; bei den ersteren blieb es viermal, bei den letzteren achtmal unter dem Durchschnitt. Die größere Neigung der Frauen zu atrophischen Prozessen erklären die Verfasser sich aus deren größerer Langlebigkeit; während die Männer ein durchschnittliches Alter von 65,6 Jahren erreichten, stieg dies bei den Frauen auf 69,8.

Weiterhin haben die Verfasser bei ihren Fällen ihr Augenmerk auf das Vorkommen eines bestimmten braunen, u. a. mit Eisenhämatoxylin gut darstellbaren Pigments in der Hirnrinde gerichtet. Zum Unterschied von dem gewöhnlichen gelben Pigment soll jenes sich nicht in den größeren Ganglienzellen finden. Das braune Pigment ließ sich nachweisen in den perivaskulären Zellen, den Neuroglia- und den Nervenzellen. Was sein Vorkommen in den perivaskulären Zellen anlangt, so fand es sich ziemlich gleichmäßig in den verschiedenen Rindenterritorien desselben Gehirns, aber bei den verschiedenen Fällen verschieden stark. Die Pigmentation der Neurogliazellen scheint von dem Alter des Individuums abhängig zu sein, die der Nervenzellen ließ eine solche Abhängigkeit nicht erkennen; für das Vorkommen von Pigment in den Nervenzellen ließen sich für die verschiedenen Krankheitsformen keine Regeln aufstellen.

Kölpin.

Fritz Hoppe: Zur pathologischen Anatomie der periodischen Psychosen.

(Archiv f. Psychiatrie, Bd. 44, Heft 1.)

Fünfzehn eigene Beobachtungen, die den Verf. zu folgenden Erwägungen veranlassen: die meisten Fälle, insbesondere diejenigen mit typischem manisch-depressivem Irresein, zeigten bei der Obduktion keinen charakteristischen Befund; angeborene Anomalien des Hirnbaus, wie Pilcz meint, spielen keine ursächliche Rolle. Er fand nicht, wie P., daß bei periodischen Psychosen mit Intelligenzabschwächung eine Hirnnarbe vorliegen muß, sondern nur, daß bei ihnen, wie auch bei vielen anderen Formen, diffuse chronische Hirnprozesse oft vorhanden sind. Wohl aber ist Verf. mit P. der Ansicht, daß Hirnherde periodisch verlaufende Geistesstörungen nach sich ziehen können (Benommenheit und Verworrenheit, Fehlen von heiterer Verstimmung und Ideenflucht bei den Erregungszuständen, bei der Hemmung und Depression zuweilen auffallende Gemütsstumpfheit und absonderliche Körperhaltungen, Verblödung). Auffällig ist oft der regellose Wechsel der einzelnen Zustandsbilder. Diese Psychosen sind aber völlig zu trennen von dem typischen periodischen Irresein, meist handelt es sich nicht um selbständige Psychosen, sondern um psychische Symptome des latenten, irritierenden Hirnprozesses, deren Periodizität sich oft aus einem Schwanken des inneren Reizes erklärt. Dieser Prozeß braucht nicht immer periodische Psychosen hervorzurufen, sondern kann sämtliche bekannte Symptomenkomplexe erzeugen.

Finckh (Nieder-Schönhausen).

Ph. Jolly: Zur Statistik der Ätiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 44. Band, 3. Heft.)

Die Arbeit schließt sich eng an die Untersuchungen Raecke's in der Tübinger Klinik an, sie stützt sich auf das Material der Kieler Klinik: 224 Fälle bei Männern und 66 bei Frauen (in 5 Jahren). Eine Zunahme der pr. Pl. wurde

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht gefunden; auf eine erkrankte Frau kamen 3,4 paralytische Männer. Bei diesen war in 42,4 % sicher oder wahrscheinlich Lues vorausgegangen, bei den Weibern in 17,4 %. Potus als ätiologischer Faktor fand sich in 22,7 %, Trauma in 8,6 %, hereditäre Belastung in 17,2 %. Über $^3/_4$ der Fälle befanden sich bei der Aufnahme im Alter zwischen 30 und 50 Jahren. Sodann wird das Verhalten der Pupillen-, Haut- und Sehnenreflexe, der Sensibilität, Lähmungs- und anfallsartigen Erscheinungen besprochen. Eine Zunahme der dementen Form der pr. Pl. (15,5 %) fand Verf. nicht. Bei allen untersuchten Fällen wurden in der Lumbalflüssigkeit Lymphozyten und Serumalbumin nachgewiesen. Die Krankheitsdauer bei Männern betrug durchschnittlich 34 Mon., bei den Frauen 21 Mon., das durchschnittliche Alter beim Tode 43 Jahre $9\,^1/_2$ Mon. bei den Männern, bei den Fraueu 44 Jahre 1 Mon. Finckh (Nieder-Schönhausen).

Charles K. Mills (Pennsylvania): Psychotherapy: its scope and limitations".

In kurzen Zügen, wie es sich für einen Vortrag eignet, bespricht Verf. den Zweck und die Begrenzung der Psychotherapie. Der relativ längste Abschnitt gleich zu Anfang ist der Hypnose gewidmet, bezl. deren er angibt, daß er über eine langjährige Erfahrung verfüge und daß er, je mehr diese Erfahrung gewachsen sei, um so weniger Gebrauch von dieser Methode machte. Besonders die tiefe Hypnose sei nur ganz ausnahmsweise anzuwenden, etwa wenn man von zwei Übeln das kleinere erwählen müsse, nämlich bei schweren Hysterien mit Verdopplung oder Dissoziation der Persönlichkeit und Amnesien. Er habe nicht wenig Fälle zu verzeichnen, in denen hypnotische Prozeduren sich schädlich erwiesen hätten, hysterische und hystero-epileptische Affektionen seien die Folge gewesen. Durch das fortgesetzte Hypnotisieren wurde die psychische Widerstandskraft herabgesetzt. Leichte Hypnose, wenn nicht zu oft herbeigeführt, bringe wahrscheinlich keinen Schaden und lasse sich anwenden bei Kopfschmerz, Neuralgie, Schlaflosigkeit, Hypochondrie, Tremor und mannigfache hysterische Stigmata auf sensorischem, motorischem und viszeralem Gebiet, auch scheine sie die peinlichen Symptome bei organischen Affektionen wie z. B. Tabes zu mildern. Indes gebe er der Hypnose vor anderen Methoden keinen Vorzug (Medikamenten). Suggestion ohne Hypnose ist nach Verf. sowohl ein sicheres als auch ein gefahrloseres Mittel. Übrigens spielten in der Hervorrufung von hysterischen Symptomen Depression und Dissoziation der Persönlichkeit eine größere Rolle als direkte Suggestion; diese Meinung teile er mit Janet. Erzieherische und sich an den Intellekt wendende Maßnahmen, wie sie von jeher von tüchtigen Ärzten geübt worden seien, gehörten zu den wertvollsten der Psychotherapie. Gelegentlich einer Kritik der Duboisschen Schriften bemerkt Verf., er könne sich nicht helfen, aber es komme ihm so vor, als sei D. in manchen Fällen allzu sauguinisch im Glauben an die Dauer seiner Resultate, er zweifle nicht an der Wahrheit der Darstellung, aber es verhalte sich damit, wie mit der Anpreisung neuer Arzneimittel, man müsse erst die Zeit abwarten.

Dem ganzen hier besprochenen Artikel, der lediglich Besonnenheit und gesunde Kritik verrät, kann man sich in seinen Resultaten nur anschließen. Wenn zum Schluß noch eine Auseinandersetzung mit der Clerisei folgt, so kann das nicht wundernehmen, wenn man sich vergegenwärtigt, aus welchem Lande der

Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Artikel stammt, und man kann ebenfalls nur damit einverstanden sein, wenn Verf. zu dem Schlusse kommt, daß religiöse Einwirkung bei solchen Krankheiten selten etwas Gutes bewirke. Wolff (Katzenelnbogen).

V. Vermischtes.

Der 6. internationale Kongreß für Psychologie wird vom 3. bis 7. August 1909 in Genf stattfinden. Allgemeine Fragen:

1. Die Gefühle. Ref.: O. Külpe (Würzburg) und P. Sollier (Paris).
2. Das Unbewußte. Ref. M. Dessoir (Berlin), P. Janet (Paris) und Mirton Prince (Boston).
3. Die Messung der Aufmerksamkeit. Ref. Patrizi (Modena) und Ziehen (Berlin).
4. Psychologie der religiösen Erscheinungen. Ref. Höffding (Kopenhagen) und Leuba (Bryn-Mawr).

Spezialfragen: Pädagogisch-psychologische Einteilung der geistig zurückgebliebenen Kinder. Die Methodenlehre der pädagogischen Psychologie. Die Tropismen. Die Fernorientierung. Die Wahrnehmung der Lage und Bewegungen unseres Körpers und unserer Glieder, u. a.

Weiter sollen in Genf Fragen psychologischer Terminologie, der Fehlerberechnung bei Aussageexperimenten, der Altersangaben bei kindespsychologischen Mitteilungen u. a. erörtert werden.

Generalsekretär des Kongresses ist Ed. Claparède, Genève, 11 avenue de Champel. G.

Im Verlage von Ferdinand Enke (Stuttgart) gibt Albert Moll eine „Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie“ heraus, deren erstes Heft vorliegt. Es enthält zunächst ein Vorwort von Moll, in dem er den Charakter des neuen Unternehmens schildert. Dann folgen vier Aufsätze: W. von Bechterew erläutert in Kürze seine Anschauungen über die „reproduktive und associative Reaktion bei den Bewegungen“. Freud gibt einige Bemerkungen über den „hysterischen Anfall“. Ragnar Vogt bringt eine kurze Notiz über die „apperceptive Sehschwäche bei manisch-depressivem Irresein“. Eschle äußert sich gut und verständig über die „Erziehung zur Arbeit und durch Arbeit als souveränes Mittel der psychischen Therapie“. Heinrich Klien gibt ein sehr interessantes Sammelreferat über den „Begriff der Hysterie im Lichte der jüngsten Arbeiten“. Lochte zeigt sein eigenes Buch über die „Psychologie der Aussage“ an. Moll kritisiert das Buch von Kotik mit Recht als eine dilettantische Arbeit. — Die Zeitschrift erscheint in Heften, deren sechs einen Band bilden. Jährlich erscheint ein Band. Preis 12 M. G.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Zweites Aprilheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Ein Beitrag zur Lehre von den Störungen der Assoziation.

Von **Dr. Wern. H. Becker,**
Arzt an der Landesirrenanstalt Weilmünster in Nassau.

Bei dem Analysieren der seelischen Vorgänge sind wir Psychiater auf Theorien angewiesen. Wir wissen wohl, daß die Arbeit, die das menschliche Gehirn leistet, abhängig ist von der normalen Blutzufuhr zu demselben, auch von dem vegetativen Verhalten des ganzen Körpers, können auch mit einiger Wahrscheinlichkeit unseren Denkprozeß in die Großhirnrinde lokalisieren, allenfalls auch einigen Sinneszentren ihren mutmaßlichen Platz anweisen, aber eine anatomisch-physiologische Erklärung der rein seelischen Hirnfunktionen können wir nicht geben und werden es auch nie lernen. Wenn man früher eine Zeitlang glaubte, daß die sogenannten Assoziationsfasern, welche, wie die Anatomie uns lehrt, im Gehirn des Neugeborenen kaum vorhanden, in dem des entwickelten Menschen dagegen sehr zahlreich sind, das geistige Kapital des Individuums seien, so hat heute die Wissenschaft doch längst die rohe Vorstellung verworfen, daß die psychologische Assoziation mit dem Assoziationsfasersystem geschehe. Noch vor kurzem hat Liepmann (12) wieder darauf hingewiesen, daß eine Lockerung assoziativer Verwandtschaft nicht in direktem Zusammenhang stehen könne mit grober lokaler Kontinuitätstrennung, die große Faserbündel unterbricht und die allerdings augenfällige psychische Entgleisungen bedingen muß. Es ist etwas gar Verschiedenes um rein anatomische Nachbarschaft und Verwandtschaft von Vorstellungen in psychischer Hinsicht. Trotzdem gehört es zur Aufgabe der Psychiatrie, die Theorien, die sich teils auf Sektionsbefunde, teils auf Tierversuche, teils auf Studien normaler, teils auf Beobachtungen geisteskranker Menschen stützen, weiter auszubauen.

So ist die Lehre von den eben erwähnten psychischen Assoziationen entstanden, d. h. von dem Ablauf zweier oder einer Reihe von Vorstellungen, dessen Studium ein so wichtiges Gebiet der Psychologie darstellt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dessen krankhafte Erscheinungen dem Psychiater bei so vielen seiner Kranken begegnen und dessen Störungen bis jetzt noch, wie selbst Kraepelin (10) zugibt, leider sehr ungenügend erforscht sind. Einige relativ einfach erscheinende Fälle von Störungen der „Reihenbilder der Vorstellungen", wie Ziehen (18) die Assoziation nennt, sind mir bei einigen Kranken der Landes-Heil- und -Pflegeanstalt Weilmünster (Direktor: Herr Sanitätsrat Dr. Lantzius-Beninga) aufgefallen; ich habe sie gesammelt und will sie hier wiedergeben, um sie einer Besprechung unter dem Gesichtspunkte des heutigen Standes der Assoziationstheorie zu unterziehen. Kurze Auszüge der Krankengeschichten sind beigefügt.

Fall 1.

J. Sch., geb. 1854, mehrfach mit leichteren Strafen, einmal mit Gefängnis vorbestraft, seit 1900 von der Polizei in F. 13mal der dortigen Irrenanstalt zugeführt, stets wegen „sinnloser Trunkenheit". Die in F. gestellte Diagnose „chronischer Alkoholismus und Alkoholepilepsie" wurde hier bestätigt. Auch ist eine zunehmende Verblödung unverkennbar.

Pflegte in der ersten Zeit seines Hierseins, das vom 1. IX. 08 datiert, dem Arzt bei der Visite regelmäßig zu sagen: „Es ist alles da, nur kein Soda." Nachdem er etwa zwei bis drei Monate dieses Bonmot gebraucht hatte, sagte er eines Morgens plötzlich: „Sodom und Gomorrha" anstatt „Soda". Seitdem häufiger statt des erstgenannten Satzes das sinnlose: „Es ist alles da, nur kein Sodom und Gomorrha."

Die seichte Biertischsentenz „Es ist alles da, nur kein Soda" stammt wohl kaum ursprünglich von unserem Patienten her, sondern ist von ihm jedenfalls übernommen worden. Er hat sie in den Kreisen, die er frequentierte, wohl öfter gehört, sie sich gemerkt und reproduziert nun das geistige Eigentum anderer. Neu aber ist die Assoziation von „Sodom" auf „Soda", wodurch in dem Satz „Sodom" für „Soda" substituiert wird. Das Wort „Sodom", dem dann das „Gomorrha" ja leicht durch aus den Religionsstunden der Kindheit stammende und jedenfalls tief eingeschliffene Assoziationsbahn, durch „intensive Verschmelzung (Wundt 16) angereiht wird, ist gedankenlos[1]), rein äußerlich hervorgerufen nach dem Verhältnis der Ähnlichkeit (vgl. die Beispiele Tanne — Tante, Nichte — Fichte Krafft-Ebing's 11). Daß eine allein durch Lautähnlichkeit bedingte Affinität sonst ganz verschiedener Worte oder besser gesagt Vorstellungen auch beim Geistesgesunden besteht, kann man leicht durch Selbstbeobachtung konstatieren[2]), nur kommt es bei uns nicht zur sprachlichen Reproduktion, außer wenn wir durch Überraschung wirken, einen

[1]) Vielleicht besser gesagt: „gedankenarm".

[2]) Physiologisch kommt sie in der Ermüdung vor.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Witz machen wollen. Dann sind aber auch andere Assoziationen vorhanden, auf denen zu dem Anklangswort zu gelangen ist, und die wir eventuell reproduzieren müssen, wenn der Witz nicht ohne weiteres verständlich ist. Im vorliegenden Fall unseres Patienten mag vielleicht die Witzabsicht auch vorliegen, aber der Scherz ist „fade", da andere Assoziationen zu dem Klangwort nicht vorliegen. Deshalb würde diese von ihm gebildete Assoziation beim Psychisch-Intakten, wie Ziehen (18) sich ausdrückt, im Wettkampf der zunächst an die Vorstellung sich anreihenden, mitklingenden Assoziationen unterliegen müssen. Knauer (8) sieht in diesem psychischen Vorgang mit Recht eines der einfachsten Denkprodukte; denn „beim Hören eines Wortes klingen in uns immer eine mehr oder weniger große Zahl ähnlich klingender Worte an" [1]), nur werden sie meist nicht zum weiteren Gedankengang benutzt oder sprachlich produziert. Die Kritik der Urteilsassoziationen schaltet sie ohne weiteres aus, läßt sie kaum über die Bewußtseinsschwelle sich erheben. Dies beleuchten ja auch die psychologischen Versuche, welche Kraepelin anstellen ließ, um die Alkoholwirkung zu ergründen. Da stellte sich heraus, daß bei akuter Alkoholvergiftung alle assoziativen Leistungen erschwert, nur psychomotorische erleichtert sind, also Reime leichter zustande kommen und rein äußere Assoziationen, besonders Klangassoziationen, mit Vorliebe auftreten (nach Hirth 5).

Wollen wir die in Rede stehende Assoziation noch etwas mehr analysieren, so müßten wir also dieselbe mit Sommer (14) eine Klangassoziation nennen, da S. damit alle akustisch-akustischen Reaktionen bezeichnet, während Ziehen (18) dieselbe einfach als „verbale Assoziation" ansehen würde. Nun, der Name tut nichts zur Sache. Mag der Terminus technicus „Klangassoziation" für unseren Fall prägnanter sein; andererseits ist aber Ziehen's Theorie von dem Ablauf der Vorstellungen, den er mit E, V_1, V_2 usw. bezeichnet, auf den Gedankengang meines Patienten sehr gut anwendbar. Denn gleichwie der Geistiggesunde eine oder mehrere V überspringt, wenn die Assoziation besonders stark ausgeschliffen, also eine „intensive Verschmelzung" eingetreten ist, so sehen wir, geradeso, nur in höchst sinnloser Weise, dieses Überspringen einer V in den Worten „. . . . da, nur kein Sodom . . . .". Aber ein Irrtum, der durch Klangähnlichkeit hervorgerufen ist, wird im gesunden Gehirn durch die Urteilskraft, durch die Urteilsassoziationen, wie Ziehen (18) sagt, durch die anderen Assoziationen, welche auf Umwegen zu demselben Ziel führen, wie ich mich oben ausdrückte, sofort korrigiert. Geschieht das nicht, dann haben wir es eben mit einem krankhaften Geisteszustand zu tun.

[1]) Größtenteils aber, möchte ich hinzufügen, nur im Unterbewußtsein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach der neueren Assoziationslehre, welche die Hypothesen von den Assoziationen, wie wir sie im vorigen Jahrhundert von der englischen Psychologie bekommen haben, zu vereinfachen bestrebt ist, hätten wir es hier demnach mit einer äußeren oder Berührungsassoziation zu tun im Gegensatz zu der inneren oder Ähnlichkeitsassoziation (Wundt 17), was der Vollständigkeit halber noch erwähnt sein möge.

Es fragt sich nun, ob wir berechtigt sind, hieraus diagnostische Schlüsse auf die Art der Psychose bei dem Patienten zu ziehen. Sommer (14) fand diese Klangassoziationen oft als maniakalisches Symptom, Aschaffenburg (1) ebenso. Letzterer fand sie außerdem charakteristisch für Erschöpfungspsychosen. Neuere Untersuchungen Hahn's (4) dagegen zeitigten das Ergebnis, daß Fehlreaktionen durch Klangassoziation bei den verschiedensten psychomotorischen Erregungszuständen (u. a. speziell bei der Alkoholvergiftung) zu finden sind. Damit würde der diagnostische Wert ziemlich illusorisch sein. Immerhin widersprechen die Ergebnisse der Untersuchungen genannter Autoren und die vorliegende klinische Diagnose sich wenigstens nicht, besonders wenn man annimmt, daß die Assoziation des S. früher während eines akuten Alkoholvergiftungszustandes entstanden, vielleicht durch Wiederholung intensiv verschmolz und nun im Stadium der alkoholischen Degeneration reproduziert wird. Selbst mit Sommer finden wir uns in Übereinstimmung, da er der akuten Alkoholvergiftung einen entschiedenen maniakalischen Zug zuspricht. Natürlich braucht die in Rede stehende Assoziation nicht unbedingt im akuten Rausch entstanden zu sein; auch die Demenz zeitigt solche. Wenigstens lese ich bei Liepmann (12): „. . . . Die Selektion der Assoziationen fällt fort, deshalb werden die Assoziationen äußerlicher, minderwertiger und bestehen in schweren Fällen (sc. von Demenz) nur noch aus äußeren sprachlichen Verbindungen, Klangassoziationen."

Fall 2.

H. F., Architekt, geb. 1854, Landwirtssohn aus Poppenwurth (Dietmarschen), 1880—1893 in Amerika. 1894 erkrankt, in die Anstalt in F. gebracht, weil er seine Frau zu erwürgen versuchte, die er im Einverständnis mit seinen Feinden wähnte. Schon in Amerika Verfolgungsideen politischer Natur („Elektrizität in den Leib gejagt, um ihn unschädlich zu machen und von seinen schriftstellerischen Arbeiten abzuhalten"). Größenideen: „habe alles studiert", „könne wegen seiner germanischen Runenerziehung Vorstellungen im Kopfe anderer erzeugen, geheime Gedanken anderer Menschen kennen lernen. Hält sich für bedeutenden Techniker, Physiker, Volkswirtschaftler u. a. Seit 1897 hier in Weilmünster, wo Halluzinationen nicht mehr sicher nachgewiesen wurden, aber ein fixiertes System von Größen- und Verfolgungsideen. Gerät nur in Affekt, wenn er gereizt wird. Sonst ruhiger, chronischer Paranoiker,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wie er vielleicht selbst von der Kraepelin'schen Schule aufgefaßt würde. Aus seinen zahlreichen Schriftstücken sind folgende Assoziationen bemerkenswert:

a) Die Gerste macht schwerblütig und fett. Ein Gerstenkorn nennt man ein Eitergeschwür auf dem Lid des Auges. Die Gerste macht zum Eitern geneigt . . . Hasset die Gerste!

[Brief an seine Mutter, die Landwirtsfrau, vom Mai 1898.]

b) Ich bin in Pope Pen, Pabst Feder, Vater Feder (Poppenwurth) . . . . geboren. Mein Geburtstag ist der 13. Der gegenwärtige Papst ist der 13. Die Geschichte der Befreiung der Dietmarschen von dem Erzbischof von Bremen, resp. vom Feudalgrafen von Dietmarschen spielt im 13. Jahrhundert. In Bremen wurde das Attentat gemacht auf Wilhelm II. Der Mensch hieß Dietrich Weiland, nicht zu verwechseln mit dem Landmann an der Weil[1]).

[Brief an seine Angehörigen vom Juli 1902.]

c) . . . Dies ist der Geburtstag Alfreds. All : Fred. Alle furchtsam. Alfred war der geschichtliche Begründer der furchtbaren Flotte Englands.

[Aus dem gleichen Briefe.]

d) Dr. St . . . . . von hier starb an Herzschlag (Hertz'sche Strahlen kenne ich ganz genau). Er gab sein Ehrenwort, daß Elektrizität hier nicht angewendet werde. Ich bedaure, daß er das Opfer wurde eines falschen Amtseides.

[Aus dem gleichen Briefe.]

e) Frage: Wie groß ist X. Antwort:

{In Tell lead: Ganz
{Intelligenz Antwort.

[Brief belehrenden Inhalts an seinen Sohn vom 31. Januar 1902.]

f) Das Atheniensische Σ-Zeichen gründet aufrecht die M(athematik).

g) Das Vieh liebe, ruhe und arbeite (Philippsruhe).

h) Violine stammt
Vieh am Kopf, Ende an der Leine.

i) Die Ilias stammt illy Asinus (Eselin).

[Alle vier Sätze sind Bruchstücke eines „Entwurfs“ nebst Skizze, „wie der Lateinbauer das Vieh züchten soll“, vom 5. September 1908.]

k) Nahrung korrespondiert in der deutschen Sprache mit Nehrung, diese ist eine Ostseebezeichnung für Hafen Wasser in Zungeneinfassung, und nun kommt Dr. H.... und will mich belehren, daß Wasser, der Tee sei kein Nahrungsmittel, sondern ein Genußmittel, das besser entbehrt werde.

[Beschwerde an die Anstaltsdirektion über seinen Abteilungsarzt vom 3. August 1907.]

Hieran will ich noch zwei Fälle reihen, deren gemeinsame Besprechung mit den Geistesprodukten des Patienten F. sich empfiehlt.

[1]) Zum Verständnis ist dazu zu bemerken, daß die Weilmünster Anstalt direkt an dem Flusse Weil liegt, der vom Fenster der Abteilung des Herrn F. aus zu sehen ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall 3.

A. M., geb. 1847, erblich belastet, erkrankt als cand. phil. und Privatlehrer im Jahre 1874. Seitdem fast ununterbrochen in Irrenanstalten. Lange Jahre heftige Erregungszustände mit „enorm gesteigertem ‚Ich' und grenzenlosem Geisteshochmut". Diagnose „Hebephrenie" bereits in den neunziger Jahren gestellt. Jetzt nur noch rasch abklingende Erregungen, deutlicher Schwachsinn, immer noch Fortdauern der Größenideen bezüglich seiner Meinung von seinem sprachlichen Wissen und Können. Hierin ist wohl ein paranoischer Zug in dem sonst klaren Krankheitsbilde zu erblicken.

Schrieb 1886 folgendes „Eingesandt an die ‚Leipziger Illustrierte'":

„. . . . . einige wissenschaftliche Originalnotizen zur freundlichen Veröffentlichung zu übersenden:

1. . . . . .

2. Unter mare balticum haben wir nicht die Ostsee zu verstehen, sondern das schwarze Meer, und zwar nach der in Podolien liegenden Stadt Balta so genannt.

3. pugna navalis heißt nicht ‚Seeschlacht', sondern spez. ‚Die Schlacht an der Nava'. Nava heißt aber bei Tacitus die Nahe und dürfte also einen bei Bingen stattgefundenen Kampf beschreiben."

Im September 1908 erzählte uns bei dem gemeinschaftlichen Rundgang der Abteilungsarzt in Gegenwart des Patienten: „Er will durchaus den Namen ‚Nassau' von dem griechischen Monatsnamen ‚Hymenaios' ableiten." Patient bestätigte das ernsthaft, er habe das „herausgefunden". Nach einigen Wochen nochmals nach dieser seiner Ethymologie gefragt, antwortete er: „Nein, ich habe jetzt eine andere Ableitung gefunden: Dionysos wurde als Kind auf der Insel Nysos[1]) aufgezogen und aus diesem Namen ist nachher ‚Nassau' geworden."

Fall 4.

M. K., geb. 1845, Lehrerin und Gouvernante gewesen, 1870 geheiratet, 1874 im Wochenbett psychisch erkrankt und seitdem fast ununterbrochen in Anstalten. Nach einem Stadium starken Masturbationsdranges, vielfacher Versündigungsideen, motorischer Unruhe und häufiger Halluzinationen ist seit Anfang der achtziger Jahre das Krankheitsbild stationär mit einer „eigentümlichen Besserwisserei", mit unsinnigen Größenideen (Prinzeß Reuß, Nordpolarstern, Weltorganisator, Göttin Juno u. a.) und ihrer Neigung, in oppositioneller Weise ihre theosophisch-philosophischen Ansichten vorzubringen. Kein wirklich festgefügtes Wahnsystem, aber bei deutlichem Schwachsinn stetiger Größenwahn. Dementia praecox mit allmählichem Übergang in Blödsinn (Kraepelin) oder Paranoia chron. hallucinatoria (Siemerling und Ziehen).

Gattenname ist „Kraut", Mädchenname „Fuchs". In ihren Briefen erscheint, solange sie sich in unserer Anstalt befindet, unter ihrer Unterschrift,

---

[1]) Hierzu gehen mir von geschätzter philologischer Seite folgende Notizen zu:

1. Nysa (Νῦσα) Stadt in Indien, wo Dionysos (Διόνυσος) erzogen sein soll, und zwar von Νῦσος; auch als Berg aufgefaßt. Als Städtenamen auch sonst vorkommend.

2. Nava neulateinisch = Nab,
Naha „ = Nahe.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die sie häufig so schreibt, daß sie beide Familiennamen mit einem Bindestrich vereinigt, die französische Übersetzung der Namen: Herbe-Renard[1]). Einige Jahre später wird aus dem Herbe ein „Erbe", entsprechend der Aussprache. Eines Tages erklärte sie, als ihr vermeintlich nicht genügend Ehre angetan wurde: „Ich bin Erbe von Königsart, das beweist mein Name in französischer Übersetzung."

Die abenteuerlichsten Klangassoziationen sehen wir also hier auftreten, und zwar ist im Gegensatz zu Fall 1 ihr Zustandekommen hier keineswegs als ursprünglich einen Bierkalauer darstellend und dann mit sinnlosen Gleichklangworten verbunden anzusehen oder gar auf eine Witzabsicht zurückzuführen. Im Gegenteil, ich bin sicher, daß diese Wortspielereien Produkte längeren intensiven Nachdenkens gewesen sind. Darin gleichen sich diese 3 Fälle, die auch sonst viel Ähnlichkeit miteinander haben. Alle 3 Patienten haben eine bessere wissenschaftliche Ausbildung genossen, und alle drei ziehen ernsthafte Schlußfolgerungen aus dem Gleichklang je zweier Worte ihres verhältnismäßig reichen Wortschatzes (inkl. der Vokabelkenntnis aus fremden Sprachen). Dabei ist auffallend, daß die Assoziationen fast immer aus dem Gleichklang fremder Vokabeln mit deutschen Worten resultieren. Patient F. assoziiert ja allerdings nicht immer so, aber in den Ausnahmefällen handelt es sich dann entweder um Eigennamen (Herz — Hertz, Vieh liebe — Philipp, Weil, Land — Weiland), oder um sehr selten gebrauchte deutsche Worte (Nahrung — Nehrung) oder endlich um Doppelbedeutung eines deutschen Wortes (Gerstenkorn).

Auch die Genese dieser Klangassoziationen ist ziemlich die gleiche, jedenfalls grundverschieden von der des Falles 1. Es liegt nahe, an die so unendlich häufigen Wortspielereien zu denken, die wir bei in relativ jungen Jahren Erkrankten finden, namentlich wenn der Affekt abgeflaut ist und eine inhaltsleere Erregung fortbesteht. Während ich diesen dankenswerten Hinweis Herrn Professor Gaupp's Besprechungen des Themas mit mir entlehne, möchte ich andererseits noch den paranoiden Größen- bzw. Beziehungswahn genetisch mit beschuldigen. Am auffälligsten sehen wir das bei der Patientin K., die übrigens sonst von den Dreien der originären Paranoia, wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, am fernsten steht, aber auch nie sonst derartige Klangassoziationen macht, während man bei den beiden anderen bei genauerer Beobachtung und Notierung noch mehr solche Beispiele hätte finden können. Die K. hat anfänglich ihren Namen, wahrscheinlich lediglich um ihre Kenntnisse hervortreten zu lassen, in den Briefen und Eingaben einfach übersetzt,

[1]) Manchmal auch statt dessen Renart.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hat dann aber aus den Wort- bzw. besser gesagt Klangbildern eine paranoide Beziehung hergeleitet, welche wunschgemäß in ihren Ideenkreis paßt und bei dem zunehmenden Schwachsinn allmählich den Charakter des Zufälligen völlig verloren hat. Wenn also der Mangel an Zielvorstellungen, die Gemüts- und Willenserschlaffung in erster Linie diese Assoziation oder wenigstens das daran geschlossene Urteil zeitigt, möchte ich der „Hypertrophie des Ichs", wie Bleuler (3) es nennt, der Hypertrophie, welche imstande ist, den alltäglichen wie den weniger gewöhnlichen Ereignissen ihren assoziativen Anschluß vorwiegend zuzuweisen, auch eine Mitschuld zusprechen.

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei Fall 3, dem als cand. phil. in jugendlichem Alter gleich der Patientin K. erkrankten M. Ein Unterschied besteht nur insofern, als die Gedanken, die er ausspricht, nicht so eng wie bei der Frau K. in direkter Beziehung zu seiner Person stehen, aber wir sehen sie dafür öfter und am gehäuftesten auftreten zu einer Zeit, wo M. bestrebt ist, seine philologischen Kenntnisse in das rechte Licht zu setzen, wo seine Wahnidee, ein philologisches Genie zu sein, in voller Blüte steht. Interessant ist dabei, den fortschreitenden Schwachsinn zu beobachten. Während seine ethymologischen Forschungen aus dem Jahre 1886 noch erträglich sind, indem sie, rein sprachlich genommen, wenigstens möglich wären — die von einem Gymnasialprofessor mir gütigst zugesandten Berichtigungen beziehen sich doch lediglich auf Irrtümer, welche wir m. E. nach schließlich in den Bereich des Physiologischen rechnen müssen —, sind sie 1908 längst nicht mehr sprachlich korrekt und dem Sinne nach geradezu ungeheuerlich. So weit es möglich ist, aus einem Einzelfall wissenschaftliche Thesen aufzustellen, würde also dieser Unterschied in der geistigen Produktion unbedingt für einen anfänglich noch geringen, erst im Laufe der Jahre sich steigernden Grad von Schwachsinn in dem paranoiden Krankheitsbilde sprechen.

Eine wahre Fundgrube aber der in Rede stehenden Klangassoziationen mit sekundärem Falschurteil ist die Krankengeschichte des dritten Patienten dieser Gruppe, des Deutschamerikaners F. (Fall 2). Ich habe längst nicht alle hierher gehörigen Aussprüche des Herrn F., die in Kollegenkreisen unserer Anstalt kursieren, wiedergegeben, weil mündliche Überlieferung mir nicht authentisch genug zu sein schien, und es bei dem leicht zu erzeugenden Zornaffekt meines Patienten meist nicht opportun ist, ihn im Gespräch auf ein Gebiet zu locken, das seine Wahnideen beherrschen. Deshalb ist nur das wiedergegeben, was ich aus den urschriftlichen Briefen und Eingaben des Patienten den ärztlichen Akten beigeheftet fand. Was zunächst aus diesen Auszügen hervortritt, ist das, was Specht (15) die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Lockerung des assoziativen Gefüges und die assoziative Plusleistung" nennt. Bezüglich der Entstehungsursachen der einzelnen falschen Gedankengänge ist die Entscheidung nicht so leicht wie bei den beiden anderen deshalb zuerst erwähnten Patienten seiner Gruppe. Man kann natürlich wieder den Mangel an Zielvorstellungen bezichtigen, wie er sich bei der Dementia praecox findet und wie er bei der paranoiden Form jene Eigenbeziehungen zeitigt. Will man aber in dem F. einen ziemlich reinen Paranoiafall sehen, wie das hierorts geschieht, so kann man m. E. einige seiner Aussprüche mit dem paranoisch festgewurzelten Größenwahn erklären, der bei ihm in dem Glauben, er sei ein eminent begabter und tüchtiger Architekt, Techniker, Mathematiker und Volkswirtschaftler in einer Person, gipfelt. Diese Genese würde dann z. B. passen für die Aussprüche, die ich unter b verzeichnet habe. Unter starkem Hervortreten der Mystik, wie sie nun einmal der menschlichen Natur innewohnt, wird der Name seines Geburtsortes, sein Geburtsdatum, sein Heimatland usw. durch Klangassoziation in abenteuerliche Beziehung zur Geschichte gebracht, wobei ich nicht vergessen will zu erwähnen, daß die unterstrichenen Silben in den Sätzen auch in dem Originalbriefe urschriftlich unterstrichen sind. Ähnlich wie dieser Briefauszug, welcher anmutet wie die Bekundungen eines mittelalterlichen Astrologen, ist die Urteilsassoziation in Ausspruch c aufzufassen, wo er das Material der Geschichte entlehnt. Wollen wir auch da den paranoischen Größenwahn genetisch beschuldigen, so müssen wir zurückgreifen auf sein angebliches Entdeckergenie, das auch ethymologische Rätsel mit spielender Leichtigkeit löst. Und darin liegt gerade der Gegensatz zu den Assoziationen des alten Potators S. und seinesgleichen. Der Alkoholiker, der ja unter Umständen ähnliche ethymologische Behauptungen hinwirft, ist sich der Absurdität wohl bewußt, er nimmt nur in schwachsinniger Weise an, mit einem kurzen Brillantfeuerwerk seines Geistes imponieren zu können; der Paranoiker als ethymologischer Forscher will als ewige Leuchte der Wissenschaft gelten und wendet sich mit Verachtung von dem Zweifler oder überschüttet ihn mit einer Flut von Schimpfreden.

Patient F. leidet manchmal an wirklichen oder hypochondrisch übertriebenen Verdauungsbeschwerden. Dieses ursächliche Moment wirkt begünstigend auf das Zustandekommen von Ansichten, wie sie in Ausspruch a und k zutage treten. Auch mag da wieder mit einwirken der paranoische Beziehungswahn, der ihn, den Erfinder, den Entdecker, das Genie gefangen gehalten und möglichst schlecht verpflegt werden läßt. Ob auch Geschmackstäuschungen mitwirkten, ließ sich nicht mit Sicherheit ausschließen, ist aber bei dem Mangel an Halluzinationen unwahrscheinlich.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das technische und volkswirtschaftliche Genie scheut natürlich auch vor einem Entwurf einer rationellen Viehzüchtungsfarm nicht zurück — siehe f, g, h und i —, wobei sich Plattdeutsch („Line" für „Leine" [1]) mit den Resten der Gymnasialkenntnisse grotesk mischen. Der Ausdruck „Lateinbauer" ist wieder bezeichnend für die Ichhypertrophie, denn er, der mit etwas besserer Schulbildung ausgestattete Bauernsohn, steht hier als pars pro toto in einer Skizze, die dem allgemeinen volkswirtschaftlichen sozialen Wohl dienen soll. Psychologisch hochinteressant ist dabei speziell noch der erste der 4 Sätze (f). Gemeiniglich werden diese Assoziationsabirrungen als Überspringen von einem Wortklangbild zum anderen angesehen. Wir sehen hier deutlich Ähnliches ohne Klangbild rein mit Wort- resp. Buchstabenbild zustande kommen.

Wenig tritt der paranoische Wahn ursächlich hervor bei der Niederschrift e. Bei Erklärungsversuchen dieses tollen Einfalls sind wir wieder lediglich auf die Gedankenarmut, den Mangel an Zielvorstellungen, die Neigung zu rein äußeren Assoziationen der in relativ jugendlichem Alter Erkrankten, von der ich oben sprach, angewiesen. Allenfalls können wir bei der Analyse noch die Sucht des Patienten mit heranziehen, damit zu prunken, daß er schwierige Rätsel mit spielender Leichtigkeit zu lösen vermag. Im Vordergrund steht aber ohne Frage die ungewollte Wortspielerei.

Eine besonders komplizierte Assoziation endlich ist die Geistesproduktion Nr. d. Zu deren Verständnis ist es nötig, zu wissen, daß Dr. St., weiland Arzt unserer Anstalt, damals Abteilungsarzt des F. war, daß F. damals den Vortrag des Professors Hertz vom Deutschen Naturforscher- und Ärztetag gelesen hatte, und daß er in seinem Größenwahn oft eine neue Erfindung, von der er hört, bereits selber vorher entdeckt zu haben felsenfest glaubt.

Fassen wir zusammen, was wir aus der Zusammenstellung der Urteile, die die drei letztgenannten Patienten (Fall 2, 3 und 4) aus ihren Wortklang- oder, wie wir gesehen haben, eventuell auch Wortbildassoziationen folgern, ersehen. Dominierend ist in der Ätiologie offenbar die Neigung zu Wortspielereien bei Inhaltsleere der Denktätigkeit. Daneben wirken wohl paranoide Ideen mit, bei Fall 2 vielleicht sogar der reinparanoische Größen- bzw. Beziehungswahn. Andere Gelegenheitsursachen tun dann ein Übriges zum Aushecken der monströsen Urteile. Die Assoziation selber,

[1]) Will man die zweite Hälfte des Wortes „Violine" englisch aussprechen und annehmen, daß bei dem Deutschamerikaner das 13 Jahre lang täglich gesprochene Englisch in seinem geistigen Kapital das Plattdeutsch der Kindheit überwiegt, muß es natürlich oben statt „Plattdeutsch" „englische Sprachgewohnheit" heißen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welche aus krankhaftem Wahn nicht korrigiert wird und so die Veranlassung zum Zustandekommen des Urteils wird, ist in den meisten Fällen, wie bereits erwähnt, sprachlichen Reminiszenzen entlehnt. So schmückt der Philologe sich mit altsprachlichen ethymologischen Forschungsergebnissen, der Deutschamerikaner mit mystischen Folgerungen, die er aus dem Gleichklang englischer Worte mit deutschen herleitet, die ehemalige Gouvernante mit einer höheren Mission für sie, die sie aus dem Gleichklang französischer Brocken mit deutschen Begriffen schlußfolgert.

Diagnostisch ist leider mit diesen Assoziationsstörungen nicht viel anzufangen, da die Systematisierung der Geisteskrankheiten noch sehr im argen liegt, ganz zu schweigen von der Nomenklatur. Wenn ich einer liebenswürdigen Mitteilung des Herrn Professor Gaupp die Tatsache entnehme, daß er diese Wortspielereien vornehmlich bei Hebephrenen gefunden hat, möchte ich in ihnen, wenn sie, wie in den vorliegenden drei Fällen, nicht nur mit einem falschen Urteil einhergehen, sondern sogar noch die absonderlichsten Konsequenzen nach sich ziehen — alles in relativ logischer Weise bedingt durch die eine Assoziation —, lieber einen paranoiden Zug erblicken. Herr F., Fall 2, gilt sogar, wie bereits oben erwähnt, als ziemlich reine Paranoia. Da müßte dann also sogar der Größen- und Beziehungswahn allein als die primäre Ursache angesehen werden. Kommende Gelehrtengenerationen mögen, nachdem die Paranoia endgültig vom wissenschaftlichen Schauplatz abgetreten sein wird, da die Entscheidung treffen.

Hieran möchte ich noch zwei Fälle anschließen, welche Beispiele von Assoziationsstörung sind, wie sie wohl ähnlicher Art fast in jeder größeren Anstalt zu finden sind.

Fall 5.

L. H., Korbmacher, geb. 1858, erblich stark belastet, allmählich erkrankt, wahrscheinlich seit 1902. Polizeilich 1904 hier eingeliefert, hatte er anfangs viel Sinnestäuschungen, man wolle ihn durch Gerüche und durch Erstickungsattentate schädigen. Allmählich änderte sich das Krankheitsbild, die Halluzinationen traten mehr zurück, er spricht nur noch in vertraulichen Berichten manchmal von der Elektrizität, mit der man ihn nachts zu erwürgen und erdrosseln versuche. Neben der Affektlosigkeit sieht man jetzt bei dem mit Korbmacherarbeit beschäftigten, fleißigen Kranken ein festgefügtes Wahnsystem: Er ist der Kgl. Korbwerkmeister der Anstalt, dem die letztere für gelieferte Waren bereits soundso viel hundert Mark schuldet; er hat dem Landrat, dem Regierungspräsidenten, dem Minister, selbst dem Kaiser manchmal Berichte zu schreiben über alltägliche Vorkommnisse; jeder schmutzige Fetzen Papiers ist dazu gut genug. Nach Ziehen Übergangsform der Paranoia hallucinatoria chronica in die chronische einfache Paranoia, und auch wohl nach Kraepelin als Verrücktheit anzusehen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Jahre 1904, bald nach seiner Einlieferung, starb seine Frau. Der Tod wurde ihm mitgeteilt, wiederholt mitgeteilt, auch die amtliche Nachricht wurde ihm gezeigt: er glaubte es nicht, hielt es offenbar für eine Mystifikation. Seitdem wechseln Zeiten, in denen er zirka alle acht Tage einen zärtlichen Brief an seine Frau schreibt, ohne sich um die Antwort von dort viel zu kümmern, mit weniger oft bemerkbaren Zeiten zorniger Erregung, in denen er Arzt und Pflegepersonal beschuldigt der Unterschlagung der für ihn ankommenden Briefe. Der Hinweis auf den wahren Grund des Ausbleibens der Briefe seiner Frau wird mitleidig lächelnd zurückgewiesen.

Fall 6.

R. W., geb. 1836, seit 1873 geisteskrank und fast immer in Anstalten, seit 1898 in unserer. Beeinträchtigungsideen, die sich in maßlosem Querulieren und Nörgeln äußern, hält sich für sehr wohlhabend. Hat Halluzinationen, besonders anscheinend in der Gehörs- und Geschmackssphäre, daran anschließend Verfolgungsideen. Im Jahre 1902/03 taucht dann die Wahnidee auf, daß der etwa ein Jahr vorher verstorbene Direktor L. noch lebe, sich aber nicht um sie kümmere.

Diagnose: halluzinatorischer Verfolgungswahn (Kirchhoff), nach Kraepelin ein Endzustand der Dementia praecox paranoider Form.

Der Direktorwechsel 1901 ist spurlos an ihrem Geist vorübergegangen, obwohl dies Gesprächsthema sicher damals monatelang auf der Abteilung, wo sie lag, grassierte. Der jetzige Direktor, vorher hier Oberarzt gewesen, heißt bei ihr immer noch „Herr Dr." und bekommt allwöchentlich Aufträge, Herrn Direktor L. zu sagen, daß sie ihre Freiheit wünsche. Die Replik, der Herr sei doch längst tot, wird von ihr unwirsch zurückgewiesen, der kümmere sich nur nicht um sie, der fürchte sich vor ihren vielen berechtigten Beschwerden, sie wolle ihn jetzt verklagen.

Bei oberflächlicher Betrachtung dieser beiden ganz gleichartigen Fälle von Assoziationsstörung könnten dieselben als das negative Pendant zu dem positiven der vorher besprochenen 3 Fälle gelten: jene 3 Kranken bilden ein falsches Urteil auf Grund falscher Assoziation, diese ein falsches Urteil auf Grund gar keiner Assoziation. Dann müßte man schon für den Augenblick des Eintreffens der Todesnachricht einen Zustand von Unaufmerksamkeit annehmen, wie sie bei dem die Lebensgefahr übersehenden Archimedes oder bei dem „zerstreuten Gelehrten", wie Kraepelin vergleicht, vorliegt, und wir hätten es mit einem alltäglich vorkommenden, von Jolly (6) mit Recht als physiologischen Irrtum bezeichneten psychischen Vorgang zu tun. Dem widerspricht aber die Tatsache, daß den beiden Kranken die jeweils sie betreffende Todesnachricht im Laufe der Jahre soundso oft wiederholt ist, wodurch ein physiologischer Irrtum längst beseitigt wäre. Auch die im Senium öfter bemerkbare Amnesie der jüngsten Vergangenheit, die ja bei Patient H. auch höchstens präsenil sein könnte, und die für die Korsakow'sche Psychose charakte-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ristische Gedächtnisstörung erklären unsere beiden Fälle nicht. Bei diesem jahrelangen hartnäckigen Leugnen eines klar zutage liegenden Tatbestandes müssen wir schon an Gründe denken, welche den Kranken bestimmen, die ihm immer wieder aufgetischten Nachrichten als absichtlich vorgetäuschte anzusehen, nämlich Mißtrauen und Negativismus, dieses bei paranoiden Kranken so oft vereinte Symptom. Die fixierte Wahnidee schafft bekanntlich Vorurteile, welche Möller (13) mit Recht als die Quelle weiterer Irrtümer auffaßt. Das Vorurteil der W., daß der frühere Direktor L., der sie einstens hier aufgenommen hat, der Mann ist, der sie am ehesten infolge energischen Zuspruchs ihrerseits oder gezwungen durch gerichtliche Klage wieder frei machen wird, dem vorwurfsvollen Blick der unschuldig Festgesetzten geflissentlich ausweicht, und das Vorurteil des H., der stets in seiner treuen Lebensgefährtin eines kinderlosen Ehelebens die einstige Befreierin aus diesem aufgezwungenen Amt gesehen hat und auf ihr Kommen gehofft hat, beide Vorurteile zeitigen den neuen Irrtum, den man nunmehr mit Jolly (6) schon Wahnidee nennen muß. Die Wahnidee schafft dem Kranken den Glauben, daß man mit der Todesnachricht ihm etwas vormachen, ihn täuschen, ihn hintrösten wolle.

Über den diagnostischen Wert dieser Art von falscher Assoziation, die ich mit einem Wort Urteilsdissoziation nennen möchte, ist nicht mehr viel zu sagen. Aus dem eben Gesagten geht schon hervor, daß sie in erster Linie oder gar ausschließlich auf pathologischem Irrtum, auf einer Wahnidee beruhen. Und wo eine Wahnidee so viele Jahre lang sich genau in gleicher Weise äußert, wird man von einem fixierten Wahn reden können und demgemäß einen paranoischen oder wenigstens paranoiden Zustand annehmen müssen.

Zusammenfassend möchte ich aus dem Gesagten folgende Thesen hervorheben:

1. Unter den bei einer Vorstellung auftauchenden Assoziationen sind die Klangassoziationen die für den Beobachter augenfälligsten, deutlichsten. Während gar manche andere Assoziation, besonders bei Geisteskranken, unseren Deutungsversuchen trotzt, liegen die Klangassoziationen meist offen zutage und bilden, besonders wenn Urteile daran geschlossen sind, eine geeignete Unterlage für den Weiterausbau der psychiatrischen Symptomatologie.

2. Eine Urteilsassoziation, welche einer logischen Untersuchung nicht standhalten würde, aber durch ihre jahrelange Unkorrigierbarkeit und Unbelehrbarkeit bei einem Geisteskranken imponiert, spricht für eine Psychose paranoischen oder wenigstens paranoiden Charakters.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Literatur.

1. Aschaffenburg, Experimentelle Studien über Assoziationen. Kraepelin's psychologische Arbeiten, Bd. II, Leipzig, 1897.
2. Binswanger-Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie. Jena, 1904.
3. Bleuler, Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Halle, 1906.
4. Hahn, Über die Beziehungen zwischen Fehlreaktionen und Klangassoziationen. Kraepelin's psychologische Arbeiten, Bd. V, Leipzig, 1907.
5. Hirt, Der Einfluß des Alkohols auf das Nerven- und Seelenleben. Wiesbaden, 1904.
6. Jolly, Über Irrtum und Irrsinn, Festrede. Berlin, 1893.
7. Kirchhoff, Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig u. Wien, 1892.
8. Knauer, Die Genese der scheinbaren Ideenflucht Sensorisch-Aphasischer. Vortrag gehalten im medizinischen Verein in Greifswald 1908.
9. Kraepelin, Einführung in die psychiatrische Klinik. 2. Aufl., Leipzig, 1905.
10. Kraepelin, Psychiatrie. 7. Aufl., Leipzig, 1903/04.
11. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl., Stuttgart, 1903.
12. Liepmann, Über Störungen des Handelns bei Geisteskranken. Berlin, 1905.
13. Möller, Die Bedeutung des Urteils für die Auffassung. Schriften der Gesellschaft für psychologische Forschungen, Leipzig, 1905.
14. Sommer, Lehrbuch der psychologischen Untersuchungsmethoden. Berlin-Wien, 1899.
15. Specht, Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Bd. XIX, Heft 22, Leipzig, 1908.
16. Wundt, Grundriß der Psychologie. 4. Aufl., Leipzig, 1901.
17. Wundt, Grundzüge der physiologischen Psychologie. Bd. III, 5. Auflage, Leipzig, 1903.
18. Ziehen, Psychiatrie. 2. Aufl., Leipzig, 1902.

II. Bibliographie.

M. Dost: Kurzer Abriß der Psychologie, Psychiatrie und gerichtlichen Psychiatrie. Leipzig, J. C. W. Vogel, 1908. 142 S. M. 4.—.

Dieses Kompendium ist „für Juristen und Mediziner, besonders jüngere Psychiater" bestimmt; es will in die im Thema bezeichneten großen Gebiete einführen und eine gedrängte Zusammenfassung der Lehren der Autoren geben. In etwas ausführlicherer Weise werden die gebräuchlichsten Methoden der „Intelligenz- und Kenntnisprüfung" behandelt. Spielmeyer.

H. Bouquet: L'évolution psychique de l'enfant. Paris, Bloud et Cie.

Eine kurze gemeinverständliche Darstellung der Psychologie des kleinen Kindes der ersten 3—5 Jahre. Manches ist ganz gut geschildert, anderes, wie z. B. das Kapitel über die Sprachentwicklung, ist unzulänglich. Gaupp.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Paul Schröder: Einführung in die Histologie und Histopathologie des Nervensystems. Acht Vorlesungen. G. Fischer, Jena, 1908. 101 S. Preis M. 2,80.

Über das Büchlein Schröder's kann man sich nur sehr freuen. Es füllt eine Lücke aus, die wir alle, denen die Histologie und Histopathologie des Nervensystems am Herzen liegt, schmerzhaft empfunden haben, damals als wir sie lernen wollten, und jetzt erst recht, nachdem wir uns mit ihr beschäftigen. Vergebens haben wir gewartet — und wir warten im Stillen hoffend noch — bis unser großer Meister in Heidelberg uns eine geben sollte. — Jetzt haben wir etwas — der Geist Nißl's durchweht es. Das Büchlein nennt sich eine Einführung und führt auch tatsächlich trefflich ein; es tut aber noch mehr: es regt an, indem es, ohne zu gelehrt sein zu wollen, auf die schwebenden Streitfragen hinweist und darauf aufmerksam macht, wo der Fleiß des einzelnen einzusetzen hat auf einem Gebiete, auf dem noch so viel zu holen ist. — Für jeden, der Gelegenheit hat, auf diesem Gebiete als Lehrer tätig zu sein, ist das Buch eine willkommene Gabe; bisher konnte man die Wissensbegierigen nur auf die einzelnen Arbeiten der wenigen, die für unsere Zwecke Brauchbares geleistet haben, hinweisen, und es blieb einem nichts übrig, als selbst die Anfangsgründe zu demonstrieren. So wird das Büchlein eine ungemein wertvolle Stütze für den, der lernen und für den, der lehren will. — Mögen recht viele es lesen! Es liest sich so leicht und angenehm. Sie werden erkennen, wie die Histopathologie des Nervensystems eine Wissenschaft für sich darstellt, die man noch lange nicht kennt, auch wenn man mit noch so großem Fleiß den Vorlesungen der pathologischen Anatomie und denen der deskriptiven Anatomie des Gehirns und Rückenmarkes gefolgt ist. Sicher wird die Lektüre den einen oder den anderen gewinnen, hier Halt zu machen, und ihn anregen, selbst weiter zu arbeiten auf Bahnen, die weiter führen. Merzbacher.

Bruno Lobo e Gaspar Vianna: Estrutura da celula nervosa. Rio de Janeiro, 1908. 154 S.

Mit sehr viel Fleiß und Sorgfalt haben hier die brasilianischen Autoren alles Wissenswerte über den normalen Aufbau und die Entwicklung der Ganglienzelle, ihrer Fortsätze und Verbindungen miteinander zusammengestellt und zu den vielfach auftauchenden Fragen selbst Stellung genommen. Offenbar beherrschen sie die Methodik, ihren Abbildungen nach zu schließen, sehr gut, und es ist deshalb besonders zu bedauern, daß sie ihren Ausführungen nicht auch ihre persönliche Erfahrung über Technik beifügen. Die Mikrophotographien vom Achsenzylinder z. B. sind sehr hübsch, und man wünscht sich, solche Präparate selbst herstellen zu können. — Alles in allem ein treffliches Nachschlagebuch, wie wir es zur Stunde selbst noch nicht besitzen. Die Orientierung wird durch eine übersichtliche Zusammenstellung erleichtert und weiterhin dadurch, daß am Schlusse eines jeden Kapitels eine kritische Zusammenstellung erfolgt. Die Ausstattung verdient alles Lob; von den 112 Abbildungen möchte man kaum eine missen. Merzbacher.

Fr. C. R. Eschle: Grundzüge der Psychiatrie. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien 1907. 297 S.

Ich gestehe es: als ich das Buch Eschle's aufschlug und versuchte, Seite für Seite zu lesen, wurde es mir sehr ängstlich zu Mute, einmal weil ich ihn

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht immer verstand und dann weil es mir schien, als wolle er geflissentlich gegen vieles Opposition machen, was andere gesagt haben — nur zwei Autoren schien er mir gelten zu lassen: O. Rosenbach, seinen Lehrer, und sich. Ich stieß auf Worte, über deren Sinn ich mir lange den Kopf zerbrach, ich fand gelehrte philosophische Abschweifungen vom Thema, die mich aufhielten, verwirrten und nicht weiterbrachten, ich begegnete langen Zitaten, die immer wieder dasselbe sagten — kurz, auf den ersten 50 Seiten begegnete ich Schwierigkeiten, die mich traurig machten, weil sie mich an die Dürftigkeit meiner eigenen Fähigkeiten gar zu stark zu gemahnen schienen. — Als ich mich glücklich bis zum zweiten Abschnitt, dem der „Krankheitsbilder des Irreseins", durchgearbeitet hatte, wurde es mir wieder ganz leicht; da sah ich, daß Eschle gar nichts anderes will als das, was ich auch sonst gelehrt bekam und selbst erlebt hatte. Er entpuppte sich als treuer Anhänger der Kraepelin'schen Schule. Doch versucht er auch hier und dort ein bischen Opposition zu machen, freilich nicht im Hauptsächlichen. So haben die ätiologischen Faktoren der Erkrankungen für ihn ein ganz besonderes Aussehen; der pathologischen Anatomie bringt er keine allzu große Hochachtung entgegen. Die einzelnen Krankheitsbilder sind aber scharf und knapp umschrieben und bleiben frei von gelehrten und allzu kritischen Zutaten. Der dritte Abschnitt, der von der „forensischen Beurteilung zweifelhafter Geisteszustände" handelt, wird jedem willkommen sein, trotzdem auch hier des Gelehrten und Spekulativen zu viel geboten wird. — Hat man das Buch durchgelesen und fängt es nun wieder von vorne an, so söhnt man sich mit dem schwierigen Anfang auch wieder aus: es sind halt viele Fremdwörter, die man sich übersetzen zu wissen muß, und man erkennt jetzt das frische und freie Bestreben, eigene Einfälle und die Produkte eignen Nachdenkens wiederzugeben, dort wo graue Theorie noch Bewegungsfreiheit erlaubt. Freilich ist nicht immer erkennbar, daß dem Autor dabei die Absicht vorschwebt, die er in seiner Einleitung so schön ankündigt, nämlich das psychiatrische Denken in die in der Medizin allgemein gültigen Prinzipien überfließen zu lassen, und ebensowenig scheint er mir in seinem allgemeinen Teil den Weg gefunden zu haben, „den Studierenden der Medizin eine orientierende Übersicht über das umfangreiche Gebiet zu geben"; hier werden wahrscheinlich „die Psychologen, Pädagogen und Juristen" eher befriedigt sein. Aber vielleicht sind wir Naturwissenschaftler gerade deshalb zu kurz gekommen; dafür finden wir im zweiten und dritten Abschnitt genügend Entschädigung.

Merzbacher.

Th. Becker: Einführung in die Psychiatrie. Vierte Auflage. Leipzig, G. Thieme, 1908.

Die vierte Auflage des kleinen Grundrisses enthält im Vergleich zu ihrer Vorgängerin manches Neue, so namentlich eine kurze Zusammenstellung der wichtigsten forensischen Bestimmungen. Der klinische Standpunkt ist im wesentlichen der gleiche eklektische geblieben wie bisher. Eigenes findet sich nicht in dem kleinen Buch, das für praktische Ärzte als kurzes Repetitorium brauchbar sein mag. Als „Einführung" ziehe ich das Buch von Kraepelin weit vor.

Gaupp.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

M. Kauffmann: Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen. I. Teil: Die progressive Paralyse. Aus der Universitätsklinik Halle a. S. Jena, Verlag von Gustav Fischer 1908. Preis M. 6.—.

In einer sehr fleißigen Zusammenstellung bringt K. das bisher über den Stoffwechsel bei Paralyse Bekannte und berichtet im Anschluß hieran über eigene Untersuchungen. Aus seinen Resultaten will er kein System bereiten, nur Fragmente sollen diese Untersuchungen sein und Interesse erwecken für die physiologisch-chemischen Untersuchungsmethoden, deren sich die innere Medizin seit längerer Zeit erfolgreich bedient. Die Frage vollends, ob das kranke Gehirn den Stoffwechsel beeinflußt oder ob umgekehrt die Veränderung des Stoffwechsels das Gehirn krank macht, kann zurzeit nicht entschieden werden. Auffallend ist bei der progressiven Paralyse das Regellose und Wechselnde. Schon die erheblichen Gewichtsveränderungen, welche offenbar mit dem schwankenden Wassergehalt des Körpers in Zusammenhang stehen, scheinen jeder Einfügung in ein System Schwierigkeiten entgegenzusetzen. Die Wasserbilanz ist besonders in akuten Fällen gestört. Es ist nach K.'s (und auch des Referenten) Beobachtung sehr wahrscheinlich, daß man solche Fälle durch geeignete Mittel bessern und sogar vor dem Exitus bewahren kann. In ähnlicher Weise wie beim Wassergehalt zeigt sich die verminderte Anpassungsfähigkeit der Paralytiker in den vielfachen Temperaturschwankuugen, wobei die Temperaturerhöhung bzw. Verminderung als mangelnde Anpassung an vermehrte oder verminderte Wärmezufuhr aufzufassen ist, die erhöhte Wärmezufuhr aber durch vermehrte Muskelarbeit oder vermehrte Nahrung hervorgerufen werden kann. Temperatursteigerungen, die naturgemäß auch den Stoffwechsel in abnormer Weise beeinflussen, sind häufig vor und während der paralytischen Anfälle beobachtet. Ob diese Anfälle Wirkungen eines gestörten Stoffwechsels sind, wird erst auf Grund eines größeren Tatsachenmaterials entschieden werden können.

Das Blut der Paralytiker ergab einen sehr wechselnden Befund, sowohl in bezug auf Eiweißstoffe wie Salze. Die Werte wurden nach oben und nach unten verändert gefunden, weil eben der Wassergehalt des Körpers und damit die Konzentration des Blutes eine sehr wechselnde ist. Auffallend ist das schnelle Gerinnen des Blutes. Das große Interesse, welches der Lumbalsaft der Paralytiker in letzter Zeit beansprucht, veranlaßten K., die chemische Zusammensetzung dieser Flüssigkeit genauer zu untersuchen. Cholin, in welchem Donath eine Ursache von Krampfanfällen vermutet, wurde von K. (und auch vom Ref.) selbst in einem Liter Lumbalflüssigkeit nicht gefunden. Ebenso konnte im Lumbalsaft das in bakteriologisch-chemischer Hinsicht sehr interessante Lezithin in wägbaren Mengen nicht nachgewiesen werden. Dagegen fand sich die ätherlösliche Glyzerinphosphorsäure, wie schon Peritz angibt, im Kot der Paralytiker, jedoch auch im Kot von anderen Geisteskranken (ähnliche Befunde wurden auch vom Ref. gemacht).

Die Arbeiten K.'s lösen naturgemäß nicht die Frage, inwieweit Störungen des Stoffwechsels das Bild der progressiven Paralyse beeinflussen, bringen aber dem auf dieser Grundlage weiter Arbeitenden ein wertvolles Tatsachenmaterial, das auch manchen therapeutischen Hinweis enthält. Die Methodik der Stoffwechseluntersuchungen, welche die innere Medizin in so hervorragender Weise

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ausgebaut hat, mußte für die Untersuchungen Geisteskranker in vielfacher Weise abgeändert werden, sie bringt naturgemäß in mancher Beziehung große Schwierigkeiten, anscheinend aber auch bisweilen, wenigstens für Halle, schätzenswerte Erleichterung. Derart geduldige und langmütige Kranke, die tagtäglich während K.'s Untersuchungen außer anderen Speisen noch genau 300 g Reis und 250 g Rohzucker einnehmen, sind Referenten noch nicht begegnet. Auch ist das Vorgehen dieser Klinik, den Kranken vier Tage hintereinander ca. 50 ccm Lumbalflüssigkeit (im ganzen 191 ccm) zu entziehen, wissenschaftlich sehr interessant, aber im allgemeinen wohl durchaus nicht nachahmenswert!

Hoppe (Uchtspringe).

Max Kauffmann (Halle a. S.): Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen. II. Teil: Die Epilepsie. Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1908.

Verfasser schildert in der 199 Seiten starken Monographie[1]) Stoffwechseluntersuchungen, die er an fünf Epileptikern vorgenommen hat; sie erstrecken sich im wesentlichen auf die Ausscheidungen des Stickstoffs, speziell des Harnstoffs und Ammoniaks, des Kalziums, Magnesiums, der Schwefel- und Phosphorsäure, der ätherlöslichen Säuren, des Azetons, Indoxyls und Phenols; Respirationsversuche (nach Zuntz-Geppert) wurden angestellt, Temperatur und Körpergewicht verfolgt; endlich liegen einige chemische und physikalische Blutuntersuchungen vor.

Es ist unmöglich in der Kürze eines Referates alles zu besprechen, was sich in der ungewöhnlich breit und unübersichtlich geschriebenen Arbeit an Einzelbehauptungen findet (fast jede Analysenzahl ist in einem besonderen Satz mitgeteilt!); ich beschränke mich daher hauptsächlich auf die Wiedergabe und Kritik der in der Zusammenfassung angeführten Tatsachen und Schlüsse.

Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß Stoffwechselstörungen bei der Epilepsie nur als auslösende Ursache für die Anfälle zu betrachten sind; solche Störungen erblickt Verfasser vornehmlich in einer Azidosis, d. h. einer Überproduktion von Säuren, die vor und nach einem Anfall vorhanden sei; und zwar sollen im Übermaß die flüchtigen Fettsäuren und andere ätherlöslichen Säuren ausgeschieden werden. Milchsäure nachzuweisen gelang nie. Die Folgen dieser vermehrten Säuerung des Organismus seien zweierlei: 1. ein vermehrter Ammoniakgehalt des Blutes und des Urines, 2. eine Affektion des Knochensystems, die sich durch Verschiebung der Relation zwischen Phosphorsäure und Stickstoff im Urin kundgebe. Nach der Eingabe von 50 g milchsaurem Natrium stiegen die Werte der ausgeschiedenen ätherlöslichen Säuren und des Ammoniaks: Verfasser nimmt an, daß eine erhebliche Säuerung des Organismus eingetreten sei; sie habe aber dieses Mal keinen Anfall bewirkt, weil die Patientin gleichzeitig unter Bromwirkung stand.

Die Ursache der vermehrten Fettsäurebildung erblickt Verfasser nun in Störungen des Kohlehydratstoffwechsels, die er aus den Untersuchungen des Gasstoffwechsels und aus dem häufigen Befund von Azeton im Urin erschließt:

[1]) Eine Art Autoreferat findet sich: Münchener med. Wochenschrift 1908, Nr. 45, p. 2316 f.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

es soll zeitweise ein Kohlehydratmangel eintreten, dessen Folgen die Bildung von Fettsäuren und Azeton ist. Verfasser erblickt in diesen Störungen gewisse Analogien mit dem neurogenen Diabetes. Solche Unregelmäßigkeiten der Verbrennungsvorgänge sieht Verfasser weiterhin in Oxydationsstörungen des Eiweißstoffwechels; er erschließt sie aus den relativ zu großen Mengen Neutralschwefel im Vergleich zum Sulfatschwefel und der oft äußerst geringen Harnstoffmenge (bis herab zu 9,71 % des Gesamtstickstoffes).

Im Harnsäurestoffwechsel hat Verfasser keine Unregelmäßigkeiten gefunden, dagegen sollen häufige Retentionen des Stickstoffs zu beobachten sein, die Verfasser mit Erkrankungen des Stirnhirns in Verbindung bringt. Schließlich weisen nach der Ansicht des Verfassers hohe Indigo- und Phenolzahlen ohne entsprechende Vermehrung der Ätherschwefelsäure oder Glykuronsäure auf Erschwerung im Abbau der aromatischen Kerne des Eiweißes hin.

Dies sind in Kürze die wesentlichsten Folgerungen, die Verfasser aus seinem Material zieht. Aufgabe einer kritischen Besprechung ist es nun, zu prüfen, ob dieses Material allen wissenschaftlichen Anforderungen entspricht. Da ist nun leider zu sagen, daß dies Fundament allen theoretischen Spekulierens m. E. an mehr als einer Stelle zu kritischen Einwänden herausfordert; und zwar glaubt Referent folgende Bedenken gegen die gehandhabte Methodik aussprechen zu müssen: Die Resultate von Stoffwechseluntersuchungen können wegen der bekannten großen, individuellen und zufälligen Schwankungen der täglichen Ausscheidung nur beurteilt werden, wenn an demselben Patienten eine große Anzahl Kontrolluntersuchungen vorgenommen worden sind; ganz besonders gilt dies, wenn der Urin nicht in 24stündiger Abgrenzung wie üblich, sondern in zwei Portionen (vor und nach einem Anfall) untersucht wird. A priori läßt sich nur selten vermuten, wie groß für solche Stundenabgrenzungen in der Norm die Ausscheidungen anzusetzen sind. Diese wichtigste Regel aller Stoffwechseluntersuchungen hat Verfasser in der ganzen Arbeit unbeachtet gelassen: es ist nicht an einem einzigen anfallsfreien Tage zur Kontrolle eine Urinuntersuchung in derjenigen Stundenabgrenzung vorgenommen worden, wie sie an einem Anfallstage nötig war; ja für die anfallsfreien Tage liegen überhaupt mit Ausnahme des Stickstoffes nur ganz selten Bestimmungen der anderen Urinbestandteile in ihren 24stündigen Ausscheidungsgrößen vor; es mangeln durchaus Analysenreihen, die über mehrere Tage fortgesetzt sind.

Aber man erfährt auch nicht, wann eigentlich an Anfallstagen die Urinabgrenzung stattgefunden hat; denn das scheint selbstverständlich: der Moment des Anfalls kann nur in den allerseltensten Fällen derjenige der Abgrenzung sein; nur der Zufall kann es einmal wollen, daß der Patient direkt vor einem Anfall Urin gelassen hat. Die wahre Abgrenzungszeit (und damit der einzige Anhaltspunkt zur Beurteilung der Analysenresultate) läßt sich daher aus der Notiz: „Urin vor und Urin nach dem Anfall" keineswegs entnehmen. Man ist vielmehr anzunehmen gezwungen, daß in dem „Urin nach dem Anfall" Harn enthalten ist, der unter Umständen viele Stunden vor dem Anfall sezerniert, aber erst nach dem Anfall gelassen worden ist. Die einzige Möglichkeit, die bleibt, welche der Verfasser aber leider nie angewendet hat, ist die, zu ganz bestimmten Stunden, die man möglichst nahe an die übliche Anfallszeit heranlegt, den Urin auffangen zu lassen und die erhaltenen Befunde durch häufige

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wiederholung derselben Anordnung im Vergleich zu Kontrolluntersuchungen an anfallsfreien Tagen zu sichern.

Erschweren diese Bedenken schon im allgemeinen sehr die Deutung der mitgeteilten Zahlen, so mindern leider noch andere Einwände im einzelnen die Beweiskräftigkeit der angeführten Tatsachen.

Prüft man z. B. die Analysenresultate, die Verfasser für die Annahme einer Azidosis vor und nach den Anfällen anführt[1]) (die Azidosis durch Milchsäure nach Anfällen ist ja schon seit langem bekannt), so ist es einerseits eine Ammoniakvermehrung, andererseits eine Vermehrung flüchtiger Fettsäuren und anderer ätherlöslicher Säuren, die aus den mitgeteilten Zahlen hervorzugehen scheint.

Keine der Zahlen jedoch, die eine Ammoniakvermehrung vor einem Anfall beweisen sollen, ist einwandfrei: die einen stammen von Tagen, denen voran auch Anfallstage liegen, so daß also die vermutete Ammoniakvermehrung vor dem Anfall mit größerer Wahrscheinlichkeit als eine solche nach dem vorangegangenen Anfall angesehen werden könnte (Fall C, 11. Tag, S. 76; Fall D, 2. Tag, S. 92; 6. Tag, S. 96).

Andere Ammoniakzahlen erscheinen nur deswegen zu hoch, weil sie in Relation zur Stickstoffausscheidung gesetzt sind; und diese war in diesen Urinportionen gerade auffallend niedrig; die absolute Größe der Ammoniakausscheidung kann durchaus der Norm entsprechen, soweit sich dies bei dem völligen Mangel an Kontrolluntersuchungen beurteilen läßt (Fall A, 10. Tag, S. 37; Fall C, 5. Tag, S. 72).

Selbst die Ammoniakvermehrung nach dem Anfall geht nur aus wenigen Zahlen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit hervor; einen Beweis für diese Annahme allerdings kann man deswegen nicht darin erblicken, weil man durch keine Analyse darüber unterrichtet wird, ob an den vorangehenden anfallsfreien Tagen auch wirklich eine niedrigere Ammoniakausscheidung bestanden hat (Fall A, 10. Tag, S. 38; Fall C, 5. Tag, S. 73).

Andere Ammoniakzahlen stammen aber aus alkalischen, meist stark alkalischen Urinen, und es muß deswegen allein ihre Deutung als Folge einer übermäßigen Säuerung die größten Bedenken erregen. Ist nämlich die Säurebildung und Säureausfuhr aus dem Körper so groß, daß Ammoniak zur Absättigung herangezogen werden muß (Verf. denkt sogar an die krampferregende Wirkung der gebildeten Säuren), so muß der Urin sauer sein, saurer als normal. Der Verf. hätte also aus seinem Material gerade umgekehrt schließen müssen, daß der Organismus während der Anfälle besonders viel Alkalin ausscheidet.

Dieser merkwürdige Befund großer Ammoniakwerte bei alkalischem Urin läßt sich nun m. E. folgendermaßen erklären: Man kann nach dem Protokoll des 6. Tages Fall D, S. 96, nicht den Verdacht unterdrücken, daß Verfasser sich hier durch einen ammoniakalisch zersetzten Urin hat irreführen lassen. Der Zersetzung in einem Urin unterliegt hauptsächlich der Harnstoff: er wird in Ammoniak und Kohlensäure zerlegt; jeder Urin zeigt daher nach einigem Stehen folgende Erscheinung: er wird alkalisch, läßt auf Säurezusatz Kohlensäure entweichen und enthält mehr Ammoniak und weniger Harnstoff als anfangs (normal:

[1]) Ref. wählt gerade dieses Gebiet für die Besprechung, weil er durch eigene Untersuchungen das Material am besten überschauen kann.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Harnstoff ca. 85 %, Ammoniak ca. 6 % des Gesamtstickstoffs). Von diesem 6. Tage des Falles D heißt es aber: „Urin reagierte alkalisch. Zusatz von Säuren erzeugte Aufbrausen, der Harnstoff-Stickstoff betrug 63,37 %, der Ammoniak-Stickstoff betrug 26,52 % des Gesamtstickstoffs." Man sieht also, daß der Befund durchaus zu der Annahme einer ammoniakalischen Gärung berechtigt.

Nach dieser Erfahrung glaubt aber Ref., auch anderen Ammoniak- und Harnstoffzahlen skeptisch gegenüberstehen zu müssen (z. B. Fall C, 11. Tag, S. 77: Fall D, 2. Tag, S. 92, 9. Tag S. 100).

Ganz ähnliche Bedenken drängen sich bei den Analysenresultaten nach Eingabe von Natrium lactic. auf (Fall D, 10. Tag, S. 101). Da das milchsaure Natrium größtenteils verbrannt worden ist, so mußte der Urin zwar alkalisch sein, durfte aber nur wenig Ammoniak enthalten, da das freigewordene Alkali die Ammoniakausscheidung bis auf ein Minimum herabdrückt; wenn statt dessen der Verfasser einen sehr hohen Ammoniakwert und dementsprechend den minimalen Harnstoffgehalt von 9,71 % (normal 80—90 %) fand, so ist der Verdacht, daß auch dieser Urin in ammoniakalische Gärung übergegangen ist, ein sehr berechtigter; dasselbe gilt für die weiteren Tage (Fall D, 11. und 12. Tag, S. 103 und 104). Ref. kann sich daher nicht der Meinung des Verf. anschließen, wonach aus diesen Zahlen einerseits eine Säuerung des Organismus, andererseits eine Oxydationsstörung erschlossen werden kann.

Als Ursache der vermehrten Säuerung des Organismus will Verfasser neben der vermuteten Milchsäure eine vermehrte Ausscheidung von flüchtigen Fettsäuren nachgewiesen haben; doch auch hier drängen sich zum Teil dieselben Bedenken auf, wie bei den meisten Ammoniakanalysen. Diese Zahlen stammen nämlich sämtlich aus alkalischen Urinen; es ist nun aus den Untersuchungen von Salkowski[1]) bekannt, daß sich flüchtige Fettsäuren in ammoniakalisch zersetztem Urin bis zum 6—15fachen der ursprünglichen Menge vermehren können (Fall D, 6. Tag, S. 96).

Für eine vermehrte Säurebildung zur Zeit der Anfälle führt Verf. ferner an, daß er aus sauren Ätherextrakten des Urins eine ungewöhnlich große Menge Zinksalz erhalten habe. Jedoch ist ihm nie der Nachweis von Milchsäure gelungen (das einzige Mal, wo das Zinksalz einen Wasserverlust nach Erhitzen zeigte, der dem des milchsauren Zink ähnlich war, drehte es das polarisierte Licht rechts statt links, Fall C, 7. Tag, S. 75). Und ein Urteil, ob andere Säuren in pathologischer Menge ausgeschieden sind, kann man aus den mitgeteilten Zahlen nicht gewinnen: denn es handelt sich oft um schlecht kristallisierte Sirupe, die einen auffallend hohen, regellos schwankenden Wasserverlust beim Trocknen gaben (11,69 % bis 38 %!). Vielmehr geht aus der Darstellung an einem anfallsfreien Tage hervor, daß auch an diesen Tagen ganz ähnliche Mengen Zinksalz erhalten wurden: Fall A, 22. X., S. 41; Verf. führt diese Zahlen zu Unrecht als Analyse des Zinksalzes vor einem Anfall auf (S. 183); denn der Urin, aus dem die Darstellung erfolgte, wurde nicht direkt, wie man aus dieser Bezeichnung erwarten muß, sondern mindestens 12—36 Stunden vor einem Anfall gelassen!

Nach der Eingabe von 50 g milchsaurem Natrium hat Verf. 3 Tage lang die sauren Ätherextrakte des Urins vermehrt gefunden (Fall D, 10.—12. Tag,

[1]) Zit. aus Neubauer und Vogel, Analyse des Harns, 1898, S. 176.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

S. 101—104). Verf. wundert sich, daß diese „Säuerung des Organismus" keinen Anfall ausgelöst hat und führt dies darauf zurück, daß das Gehirn unter Bromwirkung stand (S. 184). Demgegenüber ist aber zu sagen, daß es durchaus verständlich erscheint, wenn von dieser großen Menge Natr. lactic. ein Teil unverbrannt in den Urin übergegangen ist, ferner daß es undenkbar ist, daß dies neutrale Salz eine Säurewirkung ausüben konnte und endlich, daß durch die Verbrennung des größten Teils der Substanz umgekehrt der Organismus unter starker Einwirkung von überschüssigen Alkalien stand, wie dies aus der stark alkalischen Reaktion des Urins hervorgeht.

Es ist nicht Zweck eines Referats, alles, was in einer Arbeit kritische Einwände herausfordert, zu besprechen; es möge dieses genügen.

Referent hat sich — wenn auch ungern — zu einer so ausführlichen Kritik entschlossen, weil er es für die ernsteste Pflicht dieses jüngsten Zweiges der Psychiatrie hält, nur auf Tatsachen weiter zu bauen, bei deren Gewinnung die Methodik auch die strengste Kritik verträgt.

Erwin Rohde.

Wieg-Wickenthal (Gugging): Zur Klinik der Dementia praecox. Hoche's Sammlung zwangloser Abhandlungen, VIII. Band, Heft 2/4, Halle 1908.

Das Bestreben, „über seine Fälle mit sich zu Rate zu gehen und dann offen zur Dementia praecox-Frage Stellung zu nehmen", hat Verf. bewogen, das Material der n.-ö. Landesirrenanstalt Gugging — allerdings leider fast nur das weibliche —, soweit es zur Kraepelin'schen Dementia praecox zu rechnen ist, zu bearbeiten. Die Ergebnisse bringt die vorliegende Veröffentlichung.

Zur Dem. praecox rechnet W. alle die Fälle, deren Grundsymptom ist: primäre Willensstörung im Sinne von Willenssperrung oder Willensdurchkreuzung mit Motilitätssymptomen; und deren Ausgang eine charakteristische Form geistiger Schwächezustände darstellt: mit Dissoziation und Inkoordination, vollkommener Apathie, und Mangel an Initiative bei gut erhaltenem Gedächtnis.

Verf. sucht nun die verschiedenen klinischen Verlaufsweisen übersichtlich darzustellen, voneinander zu trennen und systematisch zu ordnen. Er bildet zwei große Gruppen: erstens Fälle, die von vornherein eine primäre Willensstörung, eine gewisse Urteilsschwäche, „thymopsychische" Indolenz und Verödung zeigen; und zweitens solche Fälle, die unter einer symptomatisch-psychotischen Maske einsetzen. Zur ersten Gruppe rechnet er 1. reine Hebephrenien, 2. reine Katatonien und 3. die „Dementia simplex"; zur zweiten 4. die depressiv-paranoide Verlaufsform, 5. Fälle mit hysteriformem Beginn, 6. Fälle, die mit Verworrenheit einsetzen, 7. solche mit intermittierendem Verlauf und 8. reine Fälle von Dem. paranoides.

Hebephrenie und Katatonie faßt W. enger als Kraepelin. Er definiert: Beide Verlaufsarten zeigen Willensstörungen (Verschrobenheiten, impulsive Querhandlungen), lassen Wahnideen, Sinnestäuschungen und Stimmungsanomalien ganz oder nahezu ganz vermissen und sind untereinander verschieden durch ausgesprochene katatone Motilitätssymptome auf der einen Seite, pseudomanische Zustände mit schwachsinnigen Zügen und Neigung zum Querulieren auf der andern. — Die dritte Form der ersten Gruppe, die Dementia

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

simplex, stellt eine einfache Verblödung ohne begleitende psychotische Symptome dar.

Die depressiv-paranoide Verlaufsform ist charakterisiert durch die Symptomentrias: ängstlich-bedrohliche Halluzinationen, paranoid-hypochondrische Wahnideen und pseudomelancholische Verstimmung. Eine derartige Störung und keine Melancholie nimmt Verf. bei all den Fällen psychischer Erkrankung jugendlicher Personen an, in denen Angstaffekte, Beziehungswahn und hypochondrische Ideen mit entsprechenden Sinnestäuschungen im Vordergrund stehen. — Fälle mit hysteriformem Beginn setzen entweder mit hysteriformem Stupor oder mit Krampfanfällen oder mit einem neurasthenisch-hypochondrischen Zustand ein und verlaufen entweder mehr hebephren oder kataton oder abwechslungsreich mit allen möglichen Einzelsymptomen der Dem. praecox. Eine Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Dem. praecox ist sehr häufig im Beginn einer derartigen Psychose nicht zu stellen; nur bei den neurasthenisch anfangenden Psychosen spricht die Apathie, das geringe Interesse an der eigenen Krankheit von vornherein für den beginnenden Verblödungsprozeß. — Die mit Verworrenheit einsetzenden Fälle beginnen ziemlich akut: nach wenigen Tagen nervöser Unruhe und psychischer Hyperästhesie treten Inkohärenz, Erregungen, Halluzinationen, Affektschwankungen und labile Wahnideen auf; der weitere Verlauf kann sich dann wieder so verschieden gestalten wie bei der vorigen Verlaufsart. Die Amentia unterscheidet sich vom vorliegenden Krankheitsbild durch Bewußtseinstrübung, somatische Allgemeinerscheinungen und Ätiologie. — Zur siebenten Gruppe stellt W. die ausgesprochen schubweise verlaufenden Fälle; dabei können die einzelnen Attacken einander ähnlich sein oder sie zeigen wechselnde Formen psychischer Störungen. Mehr oder weniger hervortretende katatonische oder hebephrene Züge grenzen gegenüber dem manisch-depressiven Irresein ab, lassen aber in manchen Fällen anfangs im Stich. — Die Dementia paranoides endlich ist charakterisiert durch absurde Größenideen, sonstige phantastische Wahnideen ohne eigentliches System, unstetes Wesen, allerlei Verschrobenheiten, oberflächliche Affekte, kraftloses Handeln und raschen Ausgang in Schwachsinn. Mit dieser Definition ist zugleich die Differentialdiagnose gegen die Paranoia (die W. also doch wesentlich weiter faßt als Kraepelin) gegeben.

Über die Häufigkeit und die Prognose der einzelnen Gruppen macht W. nur hin und wieder Andeutungen, ohne sich festzulegen.

Die äußere Anordnung des Stoffes ist nicht immer glücklich zu nennen. Wiederholungen, Verweise nach vorwärts und rückwärts stören häufig.

Haymann (Freiburg i. B.).

„Festschrift zum 25jährigen Jubiläum des Direktors Dr. med. Th. Tiling" von den Ärzten der städtischen Irrenheil- und Pflegeanstalt Rothenberg. 1909.

Die hübsch ausgestattete Denkschrift enthält in den beiden ersten Teilen die Geschichte der Anstalt und einen medizinisch-statistischen Bericht über dieselbe. Der dritte und vierte Teil enthält Arbeiten von J. Schröder: Die Anwendung gefäßerweiternder Mittel bei den Schmerzen der Manisch-Depressiven. Frühere Studien fortsetzend und angeregt durch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pals „Gefäßkrisen", versuchte Verf. bei Schmerzen, die er auf Spannungsveränderungen in den Gefäßen zurückführte, therapeutisch durch Natrium nitrosum und Nitroglyzerin einzuwirken. Die Schmerzen, die als dumpfe, brennende oder auch lanzinierende beschrieben werden, wurden dadurch gelindert. Verf. schließt die Arbeit, die von eingehender Beobachtung der Kranken Zeugnis ablegt, mit der meiner Ansicht nach zu weitgehenden Behauptung, daß die Schmerzen, gelegentliche transitorische Aphasiesymptome, epileptische Anfälle und die sekundäre Arteriosklerose der Manisch-Depressiven, kausal verbunden seien. — In der weiteren Arbeit: Ein Beitrag zur Frage der Kombination von Psychosen und Morbus Basedowii, bekämpft Verf. die Ansicht, daß man bei dem Nebeneinanderbestehen eines psychischen und körperlichen Symptomenkomplexes die psychischen Symptome aus den körperlichen ableiten müsse. Er fand die Basedow'sche Krankheit hauptsächlich kombiniert mit Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein. Bei Dementia praecox fehlt jede Übereinstimmung zwischen Psychose und Neurose; beim manisch-depressiven Irresein dagegen herrscht ein auffallender Parallelismus. Eigentliche Basedow-Psychosen, die es nach meiner Meinung zweifellos gibt, führt Verf. in seiner Arbeit nicht an. O. Rehm (Dösen-Leipzig).

E. Siemerling: Über nervöse und psychische Störungen der Jugend. Berlin 1909, A. Hirschwald.

Ein gemeinverständlicher Vortrag vor einem gebildeten Laienpublikum mit umfangreichen, auch dem Fachmann willkommenen Literaturnachweisen.

Gaupp.

L. Bach: Pupillenlehre. Berlin 1908, S. Hager's Verlag. X u. 344 S. M. 12.—.

Das vorliegende Buch handelt von der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Pupillenphänomene. In der allgemeinen Pathologie der Pupille wird mit besonderer Ausführlichkeit die Pathologie der Pupillenreflexbahnen besprochen. Das Kapitel über die spezielle Pathologie der Pupille enthält unter anderem eine wertvolle Darstellung der „Beziehungen zwischen Lokalisation und Pupillensymptomen bei Krankheiten des Nervensystems". Den Schluß des Buches bildet eine Schilderung der Methode der Pupillenuntersuchung.

Spielmeyer.

Ernst Rüdin: Über die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten. (Habilitationsschrift.) München 1909.

Seit einer langen Reihe von Jahren beschäftigt sich Ernst Rüdin mit dem Studium der Psychosen bei Straf- und Untersuchungsgefangenen. Was er uns in der vorliegenden Schrift als die wertvolle Frucht mühsamer Studien von Menschen und Akten gibt, ist nur ein Teil eines größeren Werkes über die klinischen Formen der Gefängnispsychosen, das noch in diesem Jahre erscheinen soll.

Es ist ein interessantes, aber düsteres Kapitel menschlicher Pathologie, das uns der Verf. in packender Sprache vor Augen führt. Das Schicksal von 50 „Lebenslänglichen", die im Strafvollzug geisteskrank wurden, wird dargestellt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Gruppierung geschieht nach rein klinischen Gesichtspunkten. Es sind auch ausschließlich klinische Fragen, die erörtert werden, das kriminalpsychologische Problem tritt in den Hintergrund. Eine ungeheure Arbeit war zu leisten, ein umfangreiches Aktenstudium, ein mühevolles Aufsuchen der einzelnen Verurteilten in verschiedenen Irrenanstalten waren notwendig, um einen klaren Überblick über Entwicklung und weitere Ausgestaltung der psychotischen Bilder zu gewinnen. Mit guter klinischer Schulung und präziser Fragestellung ging Rüdin an seine Arbeit, deren Ergebnisse die Beachtung aller Irrenärzte vollauf verdienen.

In der Einleitung teilt der Verf. die Behauptung Leppmann's mit, daß „die Lebenslänglichen mit der Zeit alle mehr oder weniger als geisteskrank erkannt werden, bzw. in Geistesstörung schwereren oder leichteren Grades verfallen".

Das Buch beginnt mit einem kurzen allgemeinen Teil. Das Wichtigste daraus sei hier kurz angeführt: Die geisteskrank gewordenen Mörder stammen aus moralisch und gesundheitlich erschreckend zerrütteten Familienverhältnissen, sie besitzen ein durch Vererbung und Keimvergiftung minderwertiges Zentralnervensystem; fast ausnahmslos bestehen leichtere oder schwerere Zeichen der Entartung. Die klinischen Bilder der bei ihnen auftretenden Geistesstörungen weisen fast immer einzelne Wahnvorstellungen auf, die „nur aus der eigenartigen Lage der ehrloser Strafe und lebenslänglicher Einsperrung Verfallenen erklärlich sind". Am häufigsten ist der Unschuldswahn; nach langer Strafe stellt sich manchmal ein Begnadigungs- und Entlassungswahn ein. Die geistig erkrankten Lebenslänglichen zeigen oft ein Senium praecox.

Nach diesen allgemeinen Darlegungen beginnt Rüdin mit der klinischen Schilderung der einzelnen Krankheitsformen. In 20 Fällen (also bei 40 %) handelt es sich um Dementia praecox, die meist wenige Jahre nach dem Beginn des Strafvollzugs einsetzte, häufig anfänglich für Simulation angesehen wurde. Halluzinatorischer Verfolgungs-, Unschulds- oder Begnadigungswahn gibt den hebephrenen Bildern eine eigenartige Färbung. Die paranoiden Symptome überwiegen offenbar im ganzen über die katatonischen Zustände. Mancherorts mögen vielleicht einzelne der Rüdin'schen Fälle nicht zur Dementia praecox gerechnet werden.

Auf die Dementia praecox folgt die Epilepsie (vier Fälle) und dann das wichtigere Kapitel der psychogenen Psychosen. Treffliche Krankengeschichten entwerfen hier eigenartige paranoide Symptomenkomplexe psychogener Natur mit vordrängendem halluzinatorischem Haftverfolgungswahn. Seltener sind eindeutige hysterische Erregungen. Als epileptische Entartung (meist mit psychogenen Zügen) werden einige Fälle beschrieben, denen neben einer epileptischen Charakterbeschaffenheit akute, manchmal periodische paranoide Erregungen ohne nachfolgende Korrektur des Verfolgungswahns eigentümlich sind. In dieser Gruppe finden sich die brutalsten Verbrechernaturen. Klinisch unklar ist die Psychose eines fortschreitend schwerhörigen Imbezillen (Beeinträchtigungswahn nach initialer psychogener Depression, reichliche Gehörstäuschungen). Sehr interessant ist sodann das Kapitel über Querulantenwahn, in dem der Verf. wohl mit Recht „eine bestimmte, mit der paranoischen nahe verwandte Form der Reaktion einer bestimmten psychopathischen Veranlagung auf bestimmte äußere Lebensschicksale" sieht; der Querulantenwahn ist eine Entartungsdisposition

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Entartungsform sui generis. Eine eigenartige Charakterbeschaffenheit mit querulatorischen Tendenzen geht dem Wahn stets voraus. Die Rechtsverfolgung knüpft sich an ein bestimmtes Vorkommnis, bei dem der Querulant manchmal tatsächlich Unrecht erlitten hat. Rüdin schildert vier Mörder mit chronischem Querulantenwahn, von denen drei jahrelang aufs grausamste disziplinarisch gemartert wurden. In der klinischen Auffassung des Querulantenwahns weicht Rüdin gleich Wilmanns und mir von seinem Lehrer Kraepelin ab; er sieht in ihm keinen Krankheitsprozeß, sondern die durch äußere Anlässe bedingte Fortentwicklung einer psychopathischen Veranlagung.

Als Paranoiker werden zwei Mörder geschildert, bei denen die chronische Wahnbildung durch akute halluzinatorische Episoden in der Einzelhaft unterbrochen wurde.

Ganz besonderes Interesse erweckt das letzte Kapitel des Buches; es handelt vom „präsenilen Begnadigungswahn der Lebenslänglichen". Frühzeitig gealterte, einzelne senile Züge aufweisende Gefangene traten bisweilen nach meist jahrzehntelanger Büßungszeit plötzlich mit der starren Wahnvorstellung hervor, sie seien begnadigt. Sinnestäuschungen begleiten und stützen diesen Wahn. Frühzeitige Seneszenz des Gehirns erscheint als notwendige Vorbedingung zur Erkrankung. Die Orientierung bleibt erhalten, das Benehmen geordnet, besonnen, natürlich, zugänglich, dulderisch. Alle senilen Lebenslänglichen, die durch die Irrenabteilung Moabit gingen, zeigten diesen Begnadigungswahn, der mit dem senilen Verfolgungswahn (Kraepelin) eine gewisse Verwandtschaft zu haben scheint. Die Wahnideen sind nicht eigentlich verworren und zusammenhangslos; sie bestehen in wenigen fixen Ideen, die dauernd festgehalten werden. Die Erkrankung kann schon am Ende des fünften Lebensjahrzehnts beginnen. Die außerordentliche Schwere des Schicksals scheint unmittelbare ätiologische Bedeutung zu haben. Ausgezeichnete Krankengeschichten dienen als überzeugende Belege für diese Auffassung. —

Rüdin findet an manchen Stellen seines Buches einen herben Ton für die Folgen mangelhafter klinischer Schulung mancher an Strafanstalten tätigen Ärzte: er weist darauf hin, wie häufig Lebenslängliche in den ersten Zeiten ihrer Erkrankung als Simulanten aufgefaßt und dann schlecht behandelt wurden. Man kann sich von aller Sentimentalität gegenüber den häufig brutalen Mördern völlig frei fühlen und wird doch ein lebhaftes Gefühl des Bedauerns nicht los werden können, daß ein hartes Menschenschicksal sich durch unzulängliches Wissen und Können der Strafanstaltsärzte bisweilen noch besonders düster gestaltete, nachdem im und zum Teil wohl auch durch den Strafvollzug geistige Erkrankung ausgebrochen war. Freilich darf nicht vergessen werden — und hier scheint mir Rüdin vielleicht nicht immer ganz gerecht zu sein —, daß bei degenerierten Verbrechern Simulation keineswegs immer leicht von beginnender Erkrankung zu unterscheiden ist, ja daß bei psychogenen Zuständen eine scharfe Trennung von bewußter Simulation und unbewußter, bzw. halbbewußter Übertreibung unmöglich wird.

Ich habe schon oben gesagt, daß das Buch des Verfassers vom rein klinischen Standpunkt geschrieben ist; kriminalanthropologische und kriminalpsychologische Fragen werden in ihm nicht erörtert. Es ist wohl anzunehmen, daß Rüdin bei seinen Akten- und Menschenstudien auch nach dieser Richtung manches Beachtenswerte gefunden hat, das uns nicht vorenthalten werden sollte. Gaupp.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Referate und Kritiken.

Psychiatrie.

Hughes: An insane hospital annex reformatory and sanatorium for insanoids or semi-fous.

(Alienist and Neurologist, Vol. 39, Nr. 3).

Verf. wünscht die Errichtung von Adnexen an Irrenanstalten, in denen die „Insanoiden oder Halbverrückten", i. e. in erster Linie Psychopathen mit gemeingefährlichen Neigungen möglichst schon von Jugend an unterzubringen und zu erziehen wären. Kölpin.

Sommer: Irrenärzte und Richter.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 34.)

Entgegnung auf Senatspräsident Lindenberg's: „Strafrichter und Irrenärzte" in der Deutschen Juristenzeitung. Sommer geht Lindenberg's Behauptungen einzeln durch und nimmt die Psychiater energisch in Schutz.

Müller (Dösen).

Anatomie und Physiologie des Nervensystems. Psychologie.

G. Marinesco und J. Minea: Über die mikro-sympathischen hypospinalen Ganglien.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 146—150.)

Die Autoren fanden bei Untersuchung der Spinalganglien in Sonderschnitten mit der Cajal'schen Methode in Fällen von Tabes, Rückenmarkskompression und auch in manchen Fällen gewöhnlich unmittelbar nach außen und nach unten vom Spinalganglion im Fettgewebe sympathische Ganglien, die meist mikroskopisch klein sind, manchmal aber auch Hirsekorngröße erreichen. Ihre Zahl steht im allgemeinen im umgekehrten Verhältnis zu ihrer Größe. Oft geht ein Ramus communicans vom subganglionären Teil des Nerven ganz nahe dem Spinalganglion zu ihnen ab. Die einzelnen mikroskopisch kleinen Ganglien können auch durch mikroskopische Fäden verbunden sein und bilden dann ein mikrosympathisches System. Die Zellen dieser hypospinalen Ganglien repräsentieren alle Formen, die man gewöhnlich in Ganglien des Sympathikus findet, es herrschen aber die multipolaren Zellen mit extrakapsulären Fortsätzen sowie Zellen mit intra- und extrakapsulären Fortsätzen vor. Was den embryologischen Ursprung der hypospinalen Ganglien betrifft, so bleiben diese im Gegensatz zu den Ganglien des Sympathikusstranges, die sich von der zentralen Seite des entsprechenden Spinalganglions trennen, um sich untereinander zu verbinden, in inniger Verbindung mit den entsprechenden Spinalganglien und Spinalnerven. Hoppe (Königsberg).

H. Zingerle (Graz): Über die Nuclei arciformes der Medulla oblongata.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 199—202.)

Z. hat zufällig bei der Untersuchung eines Kretingehirnes einen ähnlichen Befund erhoben als Catola (s. d. Zentralbl. 1908), eine Verlagerung der Nucl. arci-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

formes, der die Fibr. arcuatae ext. ganz genau folgen. Z. kommt dann nach Mitteilung eigener Fälle und Berücksichtigung der Literatur zu dem Ergebnis, daß die Nucl. arciformes in ihrer Anlage und ihrem Wachstum von der Entwicklung des Kleinhirns abhängig sind, ein Analogon des Brückenkerns bilden und als gegen die Medulla oblong. vorgeschobene Teile des Brückengrau zu betrachten sind. Da sie eine dem Menschen eigentümliche Bildung sind, so dienen sie wahrscheinlich zur feineren Erhaltung des Gleichgewichtes, das infolge des aufrechten Ganges notwendig wird. Sie verbinden aber nicht nur die Kleinhirnhälften, sondern, da auch Pyramidenfasern in sie hineinstrahlen, stehen sie auch mit dem Großhirn in Beziehung, was auch für ihre Gleichwertigkeit mit den Brückenkernen spricht. Hoppe (Königsberg).

M. Kauffmann (Halle a. S.): Über den angeblichen Befund von Cholin in der Lumbalflüssigkeit.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 260—262.)

K. hat mit den genauesten Methoden (die er genauer schildert) nie Cholin nachweisen können, obgleich er einmal einen ganzen Liter Lumbalflüssigkeit, den er im Laufe eines Monats von Paralytikern und einem Epileptiker gesammelt hatte, untersucht hat; ebensowenig gelang es ihm, im Blute von mehreren Paralytikern und Epileptikern Cholin nachzuweisen. Dagegen fielen die Proben mit Reagentien auf Basen in Lumbalflüssigkeiten von manchen Paralytikern und Hebephrenikern auffallend positiv aus. Ob eine Isolierung der Base möglich sein wird und ob ihr eine nennenswerte Bedeutung zukommt, läßt K. dahingestellt. Sollte in der Lumbalflüssigkeit von Geisteskranken trotz dieser negativen Befunde Cholin vorhanden sein, so kann es sich nach K. nur um Mengen handeln, deren Nachweis in exakt chemischer Weise nicht möglich ist, so daß jedenfalls dem Cholin für die Ätiologie und Pathologie der Paralyse und der Epilepsie keine Bedeutung zuzumessen ist. Hoppe (Königsberg).

IV. Vermischtes.

Die Schrift von P. J. Möbius: Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes ist in 9. Auflage erschienen (Halle, C. Marhold), ein Beweis, daß die viel besprochene und bekämpfte Arbeit des trefflichen, zu früh verstorbenen Mannes immer noch ihre Zugkraft ausübt und die Gemüter bewegt. Der 9. Auflage ist ein kurzer Nachruf von O. Feis (Frankfurt) und ein Bildnis des Verfassers beigegeben; über letzteres kann ich nicht urteilen, da es in dem mir übersandten Rezensionsexemplar fehlte. Gaupp.

L. Laquer's praktische kleine Schrift, „Die ärztliche Feststellung der verschiedenen Formen des Schwachsinns in den ersten Schuljahren" ist in zweiter, vermehrter und verbesserter Auflage erschienen (Verlag der Ärztlichen Rundschau, München. Preis 1,20 M.). Die Anleitung, die hier gegeben wird, ist namentlich für den Schularzt und den neurologischen Praktiker größerer Städte von Interesse und Nutzen. Gaupp.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wilhelm Falkenberg's kleine Anleitung, Die Pflege Geisteskranker, die für Pfleger und Pflegerinnen geschrieben wurde und deren erste Auflage in diesem Zentralblatt 1898, S. 471, angezeigt wurde, ist nunmehr in etwas erweiterter Form in zweiter Auflage erschienen. Es fehlt nun nicht mehr an derartigen Anleitungen für das Erlernen der Irrenpflege, wohl aber fehlt es immer mehr an den Menschen, die sie erlernen wollen und die nötige Veranlagung dazu besitzen. Gaupp.

Im Verlage von B. G. Teubner in Leipzig erschienen in der Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt": Schumburg (Straßburg), Die Geschlechtskrankheiten ihr Wesen, ihre Verbreitung, Bekämpfung und Verhütung, und: Pollitz, Die Psychologie des Verbrechers. Beide Bücher seien der Beachtung empfohlen. Gaupp.

Die III. Jahresversammlung der „Gesellschaft Deutscher Nervenärzte" findet am 17. und 18. September 1909 in Wien statt.

Das Referat über „Die Lehre von den Herzneurosen" wurde von den Herren Prof. Dr. Romberg-Tübingen und Prof. Dr. Aug. Hoffmann-Düsseldorf, dasjenige über „Chronische organische Hirn- und Rückenmarksaffektionen nach Trauma" von Herrn Geheimrat Prof. Dr. Friedr. Schultze-Bonn in freundlichster Weise übernommen.

Anmeldungen für Vorträge und Demonstrationen sind an einen der drei Unterzeichneten zu richten.

Die bisherigen Erfahrungen, sowie vielfache Beschwerden und Anregungen aus dem Kreise unserer Mitglieder machen es uns zur dringenden Pflicht, die Zahl der zuzulassenden Vorträge in bestimmten Grenzen zu halten. Der Vorstand behält sich deshalb ausdrücklich das Recht vor, die Anmeldungsliste bei einer bestimmten Zahl von Anmeldungen (etwa 25—30) zu schließen, bzw. über die Ablehnung oder Zulassung einzelner Vorträge nach bestem Ermessen zu entscheiden.

Geheimrat Dr. W. Erb,
Heidelberg.
Erster Vorsitzender.

Dozent Dr. Siegfr. Schoenborn,
Heidelberg.
Erster Schriftführer.

Prof. Dr. von Frankl-Hochwart,
Wien, Schwarzspanierstraße.
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied.

---

7. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands in Meiningen.

Am 13., 14. und 15. April dieses Jahres findet in Meiningen der 7. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands statt. Der Verband der Hilfsschulen Deutschlands, gegründet im Jahre 1898, hat sich die tatkräftige Förderung des Hilfsschulwesens in unserem Vaterlande zur Aufgabe gestellt und in den Verbandstagen, außerdem durch Fortbildungskurse, durch Schaffung eines Verbandsorgans, durch Gliederung in tätige Unterverbände, durch Bereicherung der Fachliteratur reges Leben entwickelt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Folgende Hauptpunkte stehen auf der Tagesordnung:

I. Vorversammlung am 18. April, nachmittags 4 Uhr.
   a) Was kann in kleinen Gemeinden geschehen, um den schwachbegabten Kindern in unterrichtlicher Beziehung zu helfen? Referent: Rektor Basedow-Hannover.
   b) Der Rechenunterricht auf der Mittel- und Oberstufe der Hilfsschule. Referent: Lehrer Schütze-Hamburg.
   c) Geschäftliches.

II. Hauptversammlung am 14. April, vormittags 9 Uhr.
   a) Der Arzt in der Hilfsschule. Referenten: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Leubuscher-Meiningen und Hilfsschullehrer Adam-Meiningen.
   b) Psychiatrie und Hilfsschule. Referent: Dr. Vogt-Frankfurt a. M.
   c) Der begriffliche Unterricht im Anschluß an Spaziergänge. Referent: Frl. Katharina Otto-Berlin.

Zum ersten Male findet auch in Verbindung mit der Tagung eine größere Ausstellung von Lehrmitteln aller Art für Hilfsschulen statt.

Anmeldungen zur Teilnahme am Verbandstage nimmt der 1. Schriftführer des Ortsausschusses, Herr Hilfsschullehrer Fritz Adam-Meiningen, entgegen, der auch alle auf den Verbandstag bezüglichen Anfragen bereitwilligst beantworten wird.

Verzeichnis der an den französischen Universitäten im Universitätsjahr 1907/08 erschienenen einschlägigen Schriften.

Von **Dr. Fritz Loeb,** München.

Arnould, M., Polyurie au cours d'une tuberculose de l'hypophyse. Nancy 1908. 45 S.

Avenier, R., La méningite zonateuse. Paris 1908. 44 S.

Badie, A., Des formes cliniques de l'épilepsie saturnine. Lyon 1907. 128 S.

Baldenweck, L., Etude anatomique et clinique sur les relations de l'oreille moyenne avec la pointe de rocher, le ganglion de Gasser et la 6e paire crânienne. Paris 1908. 209 S.

Balmès, G., Sur la disparition de l'hématome des oreilles dans les asiles d'aliénés. Toulouse 1908. 77 S.

Barbé, A., Etude des dégénérations secondaires (bulbo-protubérantielles et médullaires) du faisceau pyramidal. Paris 1908. 149 S. 7 T.

Barbier, P., L'incontinence d'urine nocturne essentielle de l'enfance. Son traitement, en particulier par les injections épidurales et la ponction lombaire.

Barrier, G., Etude médico-psychologique sur Gérard de Nerval. Lyon 1907. 127 S.

Barros, R., Des psychoses et des névroses au cours de l'acromégalie. Paris 1908. 66 S.

Berthaux, J., Considérations sur les tumeurs du cervelet chez l'enfant. Paris 1908. 214 S.

Blanc, J., Contribution à l'étude des troubles vésicaux dans l'ataxie locomotrice. Montpellier 1908. 56 S.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Blanluet, P., De la leptoméningite purulente otogène. Paris 1908. 120 S.
Boirivaut, A., La méningite chez les nouveau-nés. Paris 1908. 96 S.
Bory, Ch., Considerations sur les incurables de la maison de Nanterre. Paris 1908. 74 S.
Bridoux, A., Des réactions méningées à liquide céphalo-rachidien puriforme et aseptique. Lille 1907. 88 S.
Burgard, G., Les symptômes céphaliques de la syphilis héréditaire fruste. Paris 1908. 47 S.
Calmettes, A., Le cervelet sénile. Bordeaux 1907. 107 S. 4 T.
Cambon, P., La maladie du sommeil et son traitement. Montpellier 1908. 75 S.
Camus, Etude de neuropathologie sur les radiculites. Paris 1908. 130 S.
Carrère, B., Dégénérescence et dipsomanie d'Edgar Poë. Toulouse 1907. 58 S.
Cassagnes, V., Ponction lombaire et éclampsie. Toulouse 1907. 88 S.
Chabbert, L., Contribution à l'étude des réactions méningées aiguës aseptiques. Paris 1908. 88 S.
Charazac, A., Les tristesses morbides. Toulouse 1907. 73 S.
Charpenel, R., Etude clinique sur quelques méningo-encéphalites liées à la tuberculose (paralysie générale tuberculeuse). Lyon 1908. 80 S.
Chavas, H., Des divers traitements de la névralgie faciale. Résultats obtenus par le traitement électrique. Montpellier 1908. 65 S.
Chevalier, G., Traitement de la névralgie du trijumeau par les injections locales d'alcool. Paris 1908. 79 S.
Clapier, P., Diagnostic de la neurasthénie et de la neurasthénie préparalytique. Bordeaux 1908. 110 S.
Clapiès, F., Contribution à l'étude des rapports de la sérothérapie avec les paralysies diphthériques. Toulouse 1908. 67 S.
Copreaux, P., De la durée de la paralysie générale. Paris 1908. 138 S.
Courjon, J., Etude séméiologique sur les débiles moraux à réactions antisociales. Paris 1908. 147 S.
Coutelas, Ch., Essai sur la coordination des mouvements des yeux à l'état normal et à l'état pathologique. Paris 1908. 219 S.
Coux, R. de, Méningites syphilitiques aiguës. Essai de classification. Paris 1908. 84 S.
Crinon, J., La pathogénie des idées de négation chez les mélancoliques. Paris 1908. 93 S.
Crudeli, J., Contribution à l'étude de la polynévrite à début apoplectiforme dans ses rapports avec la polimyélite antérieure aiguë. Paris 1908. 120 S.
Cullerre, R., Des rétractions tendineuses et de l'amyotrophie consécutives aux attitudes stéreotypes dans les psychoses. Paris 1908. 129 S.
Da Costa Guimaraes, F., Contribution à la pathologie des mystiques. Anamnèse de quatre cas. Paris 1908. 51 S.
Deblock, M., Syndrome cérébelleux de Friedreich-Marie. Lille 1908. 155 S.
Déclerc, H., L'oculo-réaction. La cuti-réaction et la sous-cutiréaction en psychiatrie. Paris 1908. 131 S.
Decorse, R. F., Etude statistique de la tuberculose à l'asile public d'aliénés de Cadillac-sur-Garonne. (Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de l'aliénation mentale.) Bordeaux 1907. 84 S. 1 T.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Delacroix, R., Montaigne malade et médecin. Lyon 1908. 112 S.
Denance, P., Du hoquet incoercible. Paris 1908. 132 S.
Dodinet, G., Contribution à l'étude de l'aphasie hystérique. Montpellier 1907. 69 S.
Dourdet, E., Considérations sur la joie et le rire, à l'état normal et à l'état pathologique. Toulouse 1907. 68 S.
Dubos, J., Documents pour servir à l'histoire de l'assistance des aliénés dans le département du Nord. Lille 1908. 88 S.
Dulion, H., Les formes cliniques du rêve en psychiatrie. Toulouse 1908. 93 S.
Dumont, A., Lésions cardio-vasculaires au cours du tabes et de la paralysie générale. Nancy 1908. 80 S.
Dutheil, P., Contribution à l'étude de l'hémiplegie précoce à la période secondaire de la syphilis. Paris 1908. 104 S.
Ekmekdjian, A., L'origine médicale des hémianesthésies hystériques. Paris 1908. 74 S.
Élie, L., De l'épilepsie alcoolique. Paris 1907. 53 S.
Escudié, M., De la neurasthénie et de la mélancolie considérées dans leurs rapports réciproques. Bordeaux 1908. 126 S.
Evrard, M., L'ivresse et l'alcoolisme devant la loi civile et la loi pénale. Paris 1907. 131 S.
Fendeklian, K., Contribution à l'étude de la porencéphalie traumatique. Paris 1908. 67 S.
Fortineau, G., Considérations sur la pathogénie de la neurasthénie. Paris 1908. 100 S.
Fouque, V., Contribution à l'étude des psychoses consécutives à la grippe. Montpellier 1907. 48 S.
Garnier, M., Les surdités méningitiques, particulièrement chez les adultes. Lyon 1907. 60 S.
Gaud, F., Le traitement chirurgical de la névralgie faciale. Lyon 1908. 56 S.
Gaud, M., De certains processus psychiques de guérison. Lyon 1907. 84 S.
Georgacopoulos, G., Hémispasme facial et alcoolisation locale. Paris 1908. 55 S. 6 T.
Gervais, M., Les céphalées d'origine génitale. Paris 1908. 91 S.
Girard, P., Facteurs dont dépendent la masse, la forme, la composition chimique quantitative de l'encéphale chez les oiseaux. Paris 1908. 68 S. 1 T.
Graindorge, R., Contribution à l'étude des troubles de la mémoire dans la fièvre typhoide. Lyon 1908. 68 S.
Goiffon, R., Opothérapie gastrique et psychothérapie. Paris 1908. 139 S.
Gontier, L., Contribution à l'étude du pronostic dans les lésions traumatiques sinusiennes de la dure-mère. Paris 1908. 64 S.
Gorsky, M., Contribution au traitement chirurgical de la névralgie faciale. Section de la racine sensitive du ganglion de Gasser. Lyon 1908. 56 S.
Gouzy, A., Délire et insuffisance rénale. Toulouse 1908. 85 S.
Guerrier, P., Etude médico-psychologique sur Thomas de Quincey. Lyon 1907. 103 S.
Guichard, P., De l'hystérie à forme partielle et épilepsie jacksonienne chez une hystérique. Diagnostic différentiel. Montpellier 1908. 63 S.
Guiraud, P., La propriété neurotoxique. Montpellier 1907. 80 S.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Guironnet, J., Psychoses liées aux accidents du travail. Lyon 1907. 95 S.
Haas, E., Les fonctions neuro-rétiniennes dans le tabes. Paris 1908. 162 S.
Halmagrant, P., Etat actuel de l'infantilisme. Paris 1907. 81 S.
Harsgouet de Kéravel, L., Contribution à l'étude de l'alcoolisme en Bretagne. Paris 1908. 58 S.
Izard, L., Des troubles nerveux consécutifs aux intoxications oxycarbonées. Lyon 1907. 100 S.
Jacobs, A., Les troubles mentaux dans l'insuffisance hépatique. Toulouse 1908. 62 S.
Jacquemart, A., De la myotonie acquise. Paris 1908. 68 S.
Joffé, R., Essai sur le rheumatisme cérébral. Paris 1908. 136 S.
Julien, R., Etude des troubles de la sensibilité après les sections du nerf médian et de la restauration sensitive après la suture nerveuse. Bordeaux 1908. 186 S. 1 T.
Karoubi, A., Contribution à l'étude de l'injection hypodermique d'air dans la therapeutique des névrites et névralgies. Montpellier 1908. 56 S.
Lacaze, A., L'hystérie qui s'associe et qui simule. Toulouse 1907. 68 S.
Lafont, G., Contribution à l'étude de l'alcoolisme chez les adultes dans les hôpitaux de Paris. Paris 1908. 74 S.
Lambert, A., Sur les coefficients du développement de la fonction perturbatrice. Paris 1908. 45 S.
Latapie, A., Etats mélancoliques et états infectieux chroniques et latents d'origine chirurgicale. Paris 1908. 88 S.
Latreille, G., Contribution à l'étude des lésions du cervelet dans la paralysie générale. Bordeaux 1907. 68 S. 4 T.
Laurans, A., Des diplégies faciales au cours des polynévrites. Paris 1908. 156 S.
Ledoux, E., De la démence de fait et de ses conséquences juridiques. Poitiers 1908. 237 S.
Lehec, M., Des psychoses traumatiques; étude médico-légale. Nancy 1908. 96 S.
Le Roux, Ch., Le vagabondage et la mendicité à Paris et dans le département de la Seine. Paris 1907. 141 S.
Lesbroussart, A., Les accidents du traitement arsenical de la chorée de Sydenham. Paris 1908. 108 S.
Louvrier, R., De la paralysie générale juvénile. Paris 1907. 92 S.
Magnin, M., Etat psychique des accidentés. L'hystérie de rente. Paris 1907. 52 S.
Maillard, G., Considérations sur la maladie de Parkinson et sur quelques fonctions nerveuses. Paris 1907. 154 S. 2 T.
Marmion, P., L'évolution contemporaine de la psychiatrie. La pathologie mentale. Le médecin aliéniste et l'aliéné en France au commencement du XXe siècle. Paris 1908. 109 S.
Marsy, R., De la transplantation tendineuse dans les paralysies spinales infantiles. Lille 1907. 64 S.
Matet, P., Etude clinique et considérations médico-legales au sujet des foux moraux. Montpellier 1908. 72 S.
Maumy, L., Les troubles trophiques de la paralysie générale. Toulouse 1908. 71 S.
Mayette, L., Etude sur les névralgies et névrites diabétiques. Lille 1907. 51 S.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Méridi, M., Etude d'une petite épidémie de polynévrites arsenicales et de son étiologie. Montpellier 1908. 80 S.

Misserey, A., Contribution à l'étude de la myotonie congénitale ou maladie d'Oppenheim. Lyon 1908. 83 S.

Monoszon, A., Symptômes bulbaires dans la syringomyélie. Paris 1908. 96 S.

Montagnac, E., Du sommeil et de l'insomnie. Toulouse 1908. 125 S.

Montel, E., Contribution à l'étude du shok nerveux dans le post partum immédiat. Paris 1908. 89 S.

Mouchard, F., Considérations médicales sur la section du projet de loi Dubief concernant les aliénés criminels et les criminels aliénés. Toulouse 1908. 114 S.

Naudascher, G., Syndrome de débilité motrice dans les débilités mentales. Paris 1908. 34 S.

Nogua, M., Recherche sur le tabes sans douleurs fulgurantes. Bordeaux 1907. 54 S.

Nouhaud, E., Rapports entre la chorée et l'hystérie. Paris 1908. 84 S.

Patry, F., L'acromégalie avant 1885. Paris 1908. 122 S.

Perié, F., Contribution à l'étude de la mydriase hystérique. Bordeaux 1908. 170 S.

Pérol, P., La céphalée dans les tumeurs de l'encéphale. Paris 1907. 127 S.

Perrens, Ch., Les arriérés scolaires. Bordeaux 1908. 99 S. 3 T.

Philipon, E., Suggestion hypnotique et responsabilité. Paris 1908. 150 S.

Prunier, A., Contribution à l'étude de l'autointoxication dans la confusion mentale. Paris 1908. 90 S.

Rault, F., Des fractures chez les tabétiques avant la période d'ataxie. Lyon 1907. 67 S.

Reau, L., Névrites et névromes du nerf cubital à longue échéance après résection du coude. Lyon 1908. 59 S.

Rebatel, F., Le rire dans la démence précoce. Lyon 1908. 67 S.

Rebaud, J., Du prurit tabétique avec ou sans lichénification. Paris 1908. 65 S.

Reif, G., Etude critique du traitement de l'accès de délire alcoolique. Bordeaux 1908. 69 S.

Revault d'Allonnes, G., Les inclinations; leur rôle dans la psychologie des sentiments. Paris 1907. 228 S.

Revault d'Allonnes, G., Psychologie d'une religion. Paris 1907. 289 S.

Richard, J., Syndromes basedowiens chez les tuberculeux. Nancy 1907. 69 S.

Richard, L., Contribution à l'étude du traitement de la paralysie infantile par les greffes tendineuses. Nancy 1907. 112 u. IV S.

Richer, M., Organisation de l'assistance aux aliénés dans le département de la Seine. Paris 1908. 166 S.

Rivière, J., Statistique de 74 cas de manie et de mélancolie. Contribution à l'étude de la folie maniaque dépressive. Bordeaux 1908. 63 S.

Roger, H., De l'exagération des réflexes tendineux dans l'hystérie. Montpellier 1908. 240 u. XI S.

Rousset, A., Accidents nerveux rabiformes après morsures. Lyon 1907. 96 S.

Ruby, G., Sur la valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les affections traumatiques du névraxe. Lille 1908. 60 S.

Sainte-Colombe, A., Neuro-arthritisme. Instabilité thyroidienne et maladies mentales. Toulouse 1908. 102 S.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Saussol, J., Contribution à l'étude de la criminalité chez les aliénés processifs. Toulouse 1908. 73 S.

Sauveroche, J., Crises gastriques prolongées des tabétiques morphinomanes. Paris 1908. 42 S.

Schneyder, J., De la ponction lombaire comme thérapeutique palliative dans les toumeurs de l'encéphale. Bordeaux 1908. 84 S.

Sénès, V., Le vertige stomacal. Paris 1908. 53 S.

Sévaux, A., Développement du langage chez l'enfant. Paris 1908. 64 S.

Simidoff, P., De la psychasthénie. Paris 1908. 214 S.

Souchon, H., Des paralysies faciales du nouveau-né consécutives à l'accouchement spontané. Lyon 1908. 47 S.

Surel, J. de, De l'hérédité éthologique. Montpellier 1908. 61 S.

Tanon, L., Les artères de la moelle dorso-lombaire. Paris 1908. 75 S.

Thibault, L., Tabes à début par ophthalmoplégie. Paris 1907. 64 S.

Tilloy, G., Contribution à l'étude de la surdi-mutité, étiologie, anatomie pathologique, thérapeutique, troubles du langage. Paris 1908. 68 S.

Trabaud, J., Des troubles oculaires neuro-paralytiques (kératite neuroparalytique). Lyon 1907. 58 S.

Trey-Signalès, L., Le décubitus latéral gauche comme moyen épilepto-frénateur héroïque. Toulouse 1908. 100 S.

Trone, C., Des crises gastriques prémonitoires du tabes. Paris 1908. 134 S.

Valentin, L., De la paralysie agitante hystérique. Montpellier 1908. 63 S.

Validire, F., Statistique de 1251 cas de manie et de mélancolie. Contribution à l'étude de la folie maniaque dépressive. Bordeaux 1908. IV u. 32 S.

Van Der Elst, R., Contribution apportée à la notion d'hysterie par l'étude de l'hypnose spécialement considerée dans son histoire, dans son essence, dans ses effets. Paris 1908. 208 S.

Vasselin, G., Contribution à l'étude de la simulation et de l'interprétation des accidents du travail. Paris 1908. 84 S.

Ventron, J., De la myélite syphilitique à début par troubles d'incontinence d'urine. Paris 1908. 55 S.

Vergez, P., La jeunesse délinquante en France. Bordeaux 1907. 255 S.

Vialard, M., Essai médical sur Molière. Bordeaux 1908. 104 S. 1 T.

Vignéras, Ch., Les hémorragies méningées spinales. Paris 1908. 50 S.

Voivenel, P., Littérature et folie (Etude anatomo-pathologique du génie littéraire). Toulouse 1908. VI u. 568 S.

Wibratte, G., Le délire alcoolique chez la femme à Bordeaux et dans la Gironde. Bordeaux 1908. 94 S.

Schweizer Universitätsschriften 1907/08.

Bing, Robert, Die Bedeutung der spinozerebellaren Systeme. Kritischer und experimenteller Beitrag zur Analyse des zerebellaren Symptomenkomplexes. Habilitationsschrift. Basel 1907. VIII u. 96 S.

Binswanger, Ludwig, Über das Verhalten des psychogalvanischen Phänomens beim Assoziationsexperiment. Zürich 1907. 85 S. 4 T. S.-A. aus dem Journ. f. Psych. und Neurologie, Bd. 10, 1907.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eberschweiler, Adolf, Untersuchungen über die sprachliche Komponente der Assoziation. Zürich 1908. 34 S. S.-A. aus Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 65.

Gatz, E., Über körperliche Symptome bei Dementia praecox. Zürich 1907. 19 S.

Geffen, G., Über Alkoholismus und epileptische Anfälle. Zürich 1908. 22 S.

Gisi, Julia, Das Gehirn von Hatteria punctata. Basel 1907. S.-A. aus den Zoolog. Jahrbüchern, Bd. 25.

Jacobsohn, Sch., Über Little'sche Krankheit an Hand einer Erkrankungsgruppe bei drei Geschwistern. Basel 1907. 30 S.

Lindenfeld, Berta, Contribution à l'étude des fonctions du nerf spinal. Genf 1908. 47 S.

Magasanik, L., Werden im Bereich des Ostium tubae pharyngeum Geschmacksempfindungen ausgelöst? Bern 1908. 16 u. 1 S.

Maier, Hans Wolfgang, Über moralische Idiotie. Zürich 1908. 29 S.

Minkiewitsch, M., Tetania parathyreopriva und Hyperparathyreosis. (Experimentelle Studie aus der chirurgischen Klinik in Basel.) Basel 1908. 39 S.

Müller, E. Hermann, Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum. Zürich 1908. 28 S.

Neft, Freida, Ein Beitrag zu den syphilitischen Psychosen. (Aus der pychiatrischen Universitätsklinik zu Bern.) Bern 1908. 29 S.

Odyniec, Anton, Die Endothelknoten in der Arachnoidea spinalis und ihre pathologische Bedeutung, und die Genese der Sandkörperchen. Zürich 1908. 30 S. 4 Fig.

Rosenstein, Alexander, Über einen Fall von akuter hämorrhagischer Myelitis im Zervikalteile des Rückenmarks. (Aus der medizinischen Abt. des Bürgerspitals in Basel, Prof. Gerhardt.) Basel 1908. 26 S.

Roth, Jacob J., Das Quinquaud'sche Phänomen. Zürich 1908. 45 S.

Schwarzwald, Bernard, De la démence précoce familiale. Lausanne 1907. 78 S.

Wetzstein, Gustav, Studien über Tuberkulose des zentralen Nervensystems beim Rind und Schwein. Zürich 1907. VI u. 134 S.

Wiegand, Carl Fr., Untersuchungen über die Bedeutung der Gestaltqualität für die Erkennung von Wörtern. Zürich 1908. 80 S.

Wollmann, Anna, Über Luxation des Nervus ulnaris. Bern 1908. 28 S.

Zablocka, M. E., Die Prognosestellung bei Dementia praecox. Zürich 1908. 24 S.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Erstes Maiheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Heilung eines hysterischen Bellens durch Psychanalyse.

Von **Dr. med. Fanny Chalewsky**, Zürich.

L. S., 13jähriges Mädchen, erkrankte plötzlich am 2. Februar 1908 auf dem Eisfeld an bellendem Husten. (Vater schon längst gestorben, Mutter und 16jährige Schwester gesund. Pat. soll bis jetzt immer gesund gewesen sein.)

Zu Hause wurde Pat. vier Tage lang wegen Verdacht auf Krupp mit Dampfinhalationen und Wickeln behandelt. Die Erscheinungen nahmen immer mehr zu, so daß die Kleine ins Krankenhaus gebracht wurde.

Bei der Aufnahme fiel der bellende Charakter des Hustens auf, der dem Krupp nur entfernt ähnlich war. Das ganze Benehmen machte den nervösen Charakter des Symptoms sehr wahrscheinlich.

Die Analyse ergab folgendes: Am Tage der Erkrankung war das Mädchen mit einer Freundin auf dem Eisfeld; da sah sie plötzlich in der Mitte des Eisfeldes eine Blutlache. Sie erschrak sehr, und von diesem Augenblicke an bekam sie diesen „Husten". Ich frug sie, ob sie schon einmal irgendwo solch einen Husten gehabt oder von einem solchen gehört habe: „Ja, die Hunde bellen genau so." Später umgeht Pat. immer das Wort Hund im Gespräch, verspricht[1]) sich aber beständig, indem sie „Bellen" anstatt „Husten" sagt. Weiter erzählt Pat., daß sie eine Schwester hat, die Bella heißt, daß sie sie sehr gern hat und abends gern zu ihr ins Bett geht; gewöhnlich schläft sie im Zimmer der Mutter. (Während der Erzählung wird das Gesicht sehr traurig.) Die Mutter sei doch eine arme Frau; sie ist schon so lange Witwe. Zur Mutter geht Pat. auch sehr gern ins Bett, besonders wenn sie von schrecklichen Gedanken geplagt wird. Auf die Frage, was das für Gedanken sind, sagt sie: „Ich stelle mir immer vor, wie es wäre, wenn ich mit der Schwester Bella in den Wald ginge und uns böse Männer überfallen würden." Ich frage sie, wie sie auf diesen ängstlichen Gedanken

[1]) Für die Bedeutung des Sich-Versprechens siehe Freud, Pathologie des Alltagslebens. Karger, Berlin 1907.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

komme. „Es ist ja schon allerlei dagewesen; gerade nicht weit von Winterthur ist im Walde ein Lustmord passiert. In der Schule haben die Kinder davon gesprochen; sie stelle sich vor, daß die Lustmörder den Bauch aufschneiden, das Blut herauslassen und es in Lachen stehen lassen, damit sich alle Leute fürchten. (Man erinnere sich an die Blutlache auf dem Eisfelde, die als auslösendes Moment wirkte.) Ich habe furchtbare Angst vor dem Blute. Zum Beispiel, als ich am Sonntag auf dem Eisfelde war und wir die Blutlache sahen, ist die Freundin weiter gelaufen; ich aber bin vor Angst ganz lahm stehen geblieben; mir war so bange, ich meinte, da hat doch gewiß jemanden ein Hund gebissen." Auf den Einwand, daß das doch nicht etwas so oft Vorkommendes sei, daß die Hunde nicht so frei einen auf der Straße beißen können, meint Pat. sie hätte kolossale Angst vor den Hunden, weil sie einmal durch einen Hund stark erschreckt wurde.

Da erzählt Pat. eine Geschichte aus ihrem Leben; sie weiß nicht genau, ob sie damals 9 oder 11 Jahre alt war. Sie kam einmal in eine Metzgerei, da war ein schöner Bursche; er spielte mit einem schwarzen großen Hund und fing an, den Hund auf sie zu reizen. Zuerst hat sie lachen müssen; der Hund hat ihr so „herzig" die Hände geleckt, dann plötzlich stand er auf den Hinterbeinen und sprang direkt auf sie, so daß sie zu Boden fiel. Der Hund wollte sie noch immer nicht loslassen; sie begann zu schreien. Dann befreite sie der Metzger, aber nicht ohne sie auszulachen. „Du, schäme dich, so schreien, tätest du lieber bellen; der Hund ist jetzt mehr erschrocken als du, er hat ja nur gespielt mit dir." Seit dieser Zeit hat Pat. immer große Angst vor den Hunden, und oft in der Nacht sieht sie vor dem Bett einen großen Hund auf den Hinterbeinen stehen; manchmal steigt er aufs Bett und will sie zerdrücken. Dann hat sie Angst, kann nicht einschlafen, muß zur Mutter oder Schwester Bella ins Bett gehen. „Nicht wahr," sagt Pat. plötzlich, „Bella ist ein schöner Name, aber etwas kurios; man muß immer an einen Hund denken, wenn man Bella sagt." Mitten in der Erzählung bellt Pat., entschuldigt sich, es sei doch gewiß „g'schämig, so zu bellen", so machen es ja die Hunde — (Pause), wenn sie auf der Straße miteinander streiten (verlegene Miene). Auf die Frage, ob sie etwas träumt, sagt Pat., daß die Träume entweder sehr dumm oder dann fürchterlich sind, besonders plagen sie schreckliche Männer oder Tiere; Hunde kommen immer, um sie abzuholen. In der Nacht vor der Erkrankung hat es ihr geträumt, sie sei mit der Schwester Bella in den Wald gegangen; dann kamen auf sie große schwarze Männer mit langem Haar und Bart; sie schneiden der Bella mit einem Messer den Bauch auf und werfen Pat. selbst zu großen, bösen Hunden, die sie zer-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

drücken wollen. Dann erwacht sie. Pat. meint, sie weiß, warum der fürchterliche Traum gekommen ist; sie hatte gerade den Abend vorher ein aufregendes Gedicht gelesen. Die letzten Zeilen haben ihr Angst gemacht. (Es handelte sich um Krieg, Verletzung, Wunden, Blut.) Sie ging ins Bett ganz aufgeregt, meinte jeden Augenblick, jetzt kommt jemand sie holen, so ein Mann oder ein Tier, ein böser Hund. Sie träumte die schauerliche Szene, die oben erzählt wurde. Mit dem Auftreten des Tages verging die Angst. Am Sonntag war das Wetter schön und kalt. Sie ging aufs Eisfeld. Beim Anblick der Blutlache erschrak sie und bekam den bellenden „Husten". Mit dem Ende der Erzählung verschwand auch das Symptom (der Husten, das ängstliche Wesen, das ewige Sich-Versprechen zwischen bellen und husten) und trat nicht wieder auf. Nach einigen Wochen bekam ich Nachricht von der Mutter der Patientin selbst, es gehe ihr ganz gut, Anwandlungen von bellendem Husten seien nicht wieder aufgetreten.

Zum Schluß möchte ich noch in aller Kürze auf die wichtigsten Momente der Entstehung dieses rein psychogenen hysterischen Symptomes eingehen.

Die Szene in der Metzgerei vor einigen Jahren war zu einem gewissen Teil bestimmend für die späteren Phantasien, Träume und für das Symptom; sie wirkte einigermaßen als Trauma. Besonders wichtig erscheint das Wort vom „schönen Metzgerbursch": „Hättest du lieber gebellt . . . .", das wie ein (imperativer) Befehl lautet, dem später auch gefolgt wurde, wie die Krankengeschichte zeigt.

Das Vorkommen eines Lustmordes in der Gegend, worüber in der Schule lebhaft diskutiert wurde, gab Material zu Phantasien blutigen Inhaltes. Nicht nur die Träume und Tagesphantasien der Kleinen, sondern auch ihre Spiele, sogar im Spital, zeigten die gleiche Betonung und den gleichen Inhalt; ein Kind mußte sich zu einem bösen Tier mit großen Hörnern umkleiden und mit großem Geschrei auf die kleinen Kranken springen und sie erschrecken. Es ist die gewünschte Angst wie in den Träumen.

Ein Zusammenhang zwischen Bella (der heißgeliebten Schwester) und dem Bellen ist sicher vorhanden; ich muß auf alle dazugehörigen Assoziationen verzichten.

Am Tag vor der Erkrankung las Pat. das Gedicht, in dem von Blut und Wunden die Rede war; sie hatte sich dabei aufgeregt, träumte auch von diesen Sachen. Sie war, wie man sieht, auf das Trauma „sensibilisiert". Es braucht nur am folgenden Tag des Anblicks der Blutlache, um das Symptom auszulösen. (Dieser Mechanismus spielt bei sogenannten echten traumatischen Neurosen auch mit; man vergißt noch viel zu sehr, daß in vielen Fällen das Trauma nur auslösend wirkt.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung am 8. März 1909.

Bericht von **Dr. Schayer,** Dalldorf-Berlin.

Diskussion über den in der vorigen Sitzung vom 15. Februar 1909 gehaltenen Vortrag Brodmann: Über das Vorkommen der Affenspalte beim Menschen.

Jacobsohn: Der Vortragende hat uns in dankenswerter Weise eine kleine Anzahl von Hemisphären fremder Völkerrassen demonstriert und einen Vergleich zwischen der Furchenkonfiguration des Hinterhauptslappens dieser Hemisphären mit derjenigen gezogen, welche man am Lobus occipitalis des Europäergehirns beobachtet. Bei diesem Vergleiche komme ich selbst aber, auf Grund meiner Erfahrung und auf Grund derjenigen anderer Autoren zu wesentlich anderen Resultaten. Wenn ich zunächst nach den Abbildungen schließen darf, die uns der Vortragende vorführte, so konnte ich an diesen eine richtige, eine volle sogenannte Affenspalte nur an einer einzigen Hemisphäre erkennen; an den anderen Hemisphären war vielfach eine Furche zu sehen, die man nicht einfach als Affenspalte bezeichnen soll, sondern was gewöhnlich nur ein Rest und oftmals noch ein modifizierter Rest der Affenspalte ist. Denn unter Affenspalte, wenn man überhaupt diese Bezeichnung gebrauchen will, soll man, und darin stimme ich vollkommen der Ansicht von Zuckerkandl bei, eine Operkulisierung sämtlicher Übergangswindungen verstehen, welche den Scheitel- und Hinterhauptslappen miteinander verbinden. Eine solche Operkulisierung schien mir aber, soweit ich nach den vorgeführten Abbildungen schließen kann, nur eine einzige Hemisphäre darzubieten. Das wäre nun wohl kein übermäßig häufiges Vorkommen, wenigstens kein häufigeres, als man es auch bei anderen Rassen, und speziell auch beim Europäer, antrifft, d. h. anders gesprochen: Das Vorkommen einer wirklichen, einer vollen sogenannten Affenspalte ist am menschlichen Gehirn, ganz gleich welcher Rasse, ein seltenes. Dagegen findet man Reste der sogenannten Affenspalte, und zwar in allen möglichen Formen, ziemlich oft. Es läßt sich bei Untersuchung eines großen Materiales eine fast ununterbrochene Reihe aufstellen, die vom Affenspaltentypus, den Holl als pithekoiden bezeichnet, zu demjenigen hinführt, bei welchem alle Übergangswindungen frei zutage liegen und nirgends eine Spur der Operkulisation zu sehen ist, ein Typus, den Holl als den anthropinen benennt. Diese Tatsachen kann ich an der Hand eines großen Materiales bestätigen. Dagegen kann ich über die diesbezüglichen Verhältnisse an Gehirnen anderer (sogenannter niederer) Rassen aus eigener Anschauung nichts aussagen. Ich kann mich dabei nur auf das Urteil solcher Autoren berufen, die ein großes Material untersucht haben, denn ein solches ist unerläßlich, will man nicht zu irrtümlichen Schlußfolgerungen kommen. Elliot Smith allerdings schließe ich aus, weil dessen Schlußfolgerungen sich wesentlich auf seinen sogenannten Sulcus lunatus stützen, der nicht die Affenspalte, sondern nur einen Affenspaltenrest darstellt. Kohlbrugge, der eine große Zahl von Gehirnen niederer Rassen untersucht hat, drückt sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bezüglich des fraglichen Punktes zusammenfassend recht drastisch aus, indem er sagt: „Jede bei irgendeiner Rasse nachgewiesene Furchenvarietät kann auch bei jeder beliebigen anderen Rasse vorkommen, und es ist ebensowenig möglich, ein Australiergehirn von dem eines Europäers zu unterscheiden, als dasjenige eines genialen Mannes von dem des dümmsten Menschen."

Es hat sich auch herausgestellt, daß es nicht richtig ist, die sogenannte Affenspalte als ein Charakteristikum des Affengehirns aufzustellen, wiewohl sie unzweifelhaft beim Affen häufiger besteht, und wegen der Einfachheit der Furchenkonfiguration auch anschaulicher ist, als beim Menschen. Aber auch beim Affen wechselt das Vorkommen der Fissura parieto-occipitalis lateralis ungemein, und wie beim Menschen kann man alle Übergänge zwischen dem Vorhandensein der vollen Spalte bis zum vollständigen Fehlen derselben finden. Hierbei ist nun auch das Verhältnis keineswegs so, daß in dieser Hinsicht etwa eine kontinuierliche Reihe von den niederen Affen zu den höheren besteht, sondern das Verhältnis ist ein ganz wechselndes; niedere Affen können die Affenspalte nicht haben, höhere sie dagegen besitzen, und auch in den einzelnen Familien können nicht unwesentliche Differenzen bestehen.

Unter allen diesen Umständen ist es mehr als zweifelhaft, daß bei Bestehen einer sogenannten Affenspalte oder womöglich eines Affenspaltenrestes man eine niedere Gehirnform vor sich hat.

Die mikroskopischen Untersuchungsresultate bezüglich der Ausdehnung der Sehzone an Gehirnen niederer Rassen waren gewiß von hohem Interesse, aber um solche Schlußfolgerungen daraus zu ziehen, wie es der Vortragende getan hat, dazu ist das Material noch nicht groß genug. Er selbst hat Ausnahmen dabei gefunden und kann sich diese Ausnahmen vorläufig nicht erklären. Ich vermute, daß diese Ausnahmen immer größer werden, wenn erst ein ausreichendes Material untersucht sein wird; auch hier wird sich wahrscheinlich ergeben, daß ein genereller Unterschied zwischen dem Europäergehirn und dem anderer, niederer Rassen nicht besteht.

Damit fällt wohl auch der Gesichtspunkt, den der Vortragende am Schlusse seines Vortrages geltend machte, daß bei dem Mikrozephalengehirn, außer anderen genetischen Momenten, auch noch das eine in Frage komme, daß die Gehirnanlage in solchen Fällen wahrscheinlich eine phylogenetisch tiefer stehende ist, in sich zusammen. Denn wenn das Vorhandensein einer Affenspalte, oder womöglich eines Affenspaltenrestes, an sich kein Zeichen einer niederen Hirnform ist, sondern nur eine Furchenvariation darstellt, wie sie zahllos am Menschenhirn und vielfach am Affenhirn vorkommen, so kann sie natürlich auch beim Mikrozephalengehirn nicht in dem Sinne gedeutet werden, den ihr der Vortragende beilegt. Aber ganz abgesehen davon, ist dieser Standpunkt auch schon deshalb hinfällig, weil diejenige Furche, welche am Mikrozephalengehirn oft als Affenspalte angesehen wird, in Wirklichkeit in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gar nicht die wahre, sondern eine künstliche ist, die nur oberflächlich das Bild der Affenspalte vortäuscht, und die durch tiefgreifende pathologische Veränderungen der Hemisphäre zustande kommt. Autoreferat.

K. Brodmann (Schlußwort): Zur Entscheidung der morphologischen Frage, um die es sich hier handelt, sind 26 Hemisphären fremder Völkerstämme ausreichend. Die Anthropologie verfügt häufig nicht über ein größeres Material; sie kennt bei allen sekundären Rasseneigentümlichkeiten Ausnahmen, ohne daß

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie deshalb auf das Studium solcher besonderen Merkmale verzichtete. Die Ausnahmen sind vom Vortragenden ausdrücklich hervorgehoben; ihnen stehen 70 % und 85 % positiver Fälle bei Hereros und Javanern und 30 % bei Hottentotten gegenüber. Es ist unverständlich, daß Jacobsohn dies als einen zu niedrigen Prozentsatz bezeichnet. Elliot Smith hat ganz dieselben Verhältnisse wie Vortragender bei vielen Hunderten von Ägyptern und Sudannegern festgestellt; ihm schließen sich Karplus, Schuster, Flaschmann, Duckworth u. a. mit ähnlichen Befunden von anderen Menschenrassen an. Auf diese Übereinstimmung der Beobachtungen ist der Hauptnachdruck zu legen.

Irrtümlich ist es, wenn J. behauptet, beim Europäer fänden sich allenthalben Übergänge und Reste der gleichen Furchenbildungen, wie an den demonstrierten Gehirnen. Demgegenüber muß daran festgehalten werden, daß irgend ein charakteristischer und konstanter Furchungstypus, der mit dem bekannten Furchensystem der Affen in Beziehung gebracht werden könnte, beim Europäer, wie längst allgemein anerkannt ist, an der lateralen Okzipitalfläche nicht besteht. Die Variabilität und Inkonstanz des Windungsreliefs bilden hier die Regel, wie die umfassenden Untersuchungen von Kunningham, Retzius, Pfister und vielen anderen nachgewiesen haben. Alle behaupteten Homologien mit einer Hauptfurche der Affen sind widerlegt (Zuckerkandel), während die Ähnlichkeit mit dem Orang-Utang an den fremden Rassengehirnen ohne weiteres in die Augen fällt.

Unrichtig und ganz unbegreiflich ist es, wenn J. annimmt, das Affengehirn zeige dieselbe Variabilität der Okzipitalfurchen wie das der Europäer. Im Gegensatz zu diesem ist die Konstanz und Unveränderlichkeit der Hauptfurchen für die einzelnen Affenfamilien Gesetz. Ausnahmen sind verschwindend.

Die Frage, ob es sich bei den mitgeteilten Befunden um Merkmale einer niederen Rasse handelt, ist von untergeordneter Bedeutung. Es kam zunächst nur darauf an, morphologische Unterschiede zwischen dem Gehirn des Europäers und anderer Völkerstämme prozentualisch festzustellen. Alles andere bleibt der weiteren Forschung vorbehalten. Die bedeutungsvollen histologischen Parallelbefunde scheint J. gar nicht beachtet zu haben. Autoreferat.

Liepmann: Zum Stand der Aphasiefrage. Vortragender knüpft an eine Kritik der Marie'schen Lehre, die er in ihrem klinisch-psychologischen Teil auf schwere Mißverständnisse sowohl des Tatbestandes wie der bestehenden Lehren zurückführt, eine Auseinandersetzung über das Wesen der Worttaubheit wie der Wortstummheit.

Zu trennen davon sei die lokalisatorische Frage. Auf Grund von 18 in Serienschnitte zerlegten Gehirnen, von denen zehn in Auswahlschnitten mittels Projektionsapparates demonstriert werden, entwickelt er seinen von Marie abweichenden Standpunkt zur Lokalisation der motorischen Aphasie und geht speziell auf die Erscheinungen, welche Herde in der Insel machen, ein.

Diskussion wird vertagt.

(Vortrag erscheint in extenso im Neurol. Zentralblatt.)

Autoreferat.

Generated on 2019-01-13 18:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

III. Bibliographie.

Robert Sommer: Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. III. 1 u. 2.

A. Knauer-Greifswald: „Über den Einfluß von Ausdrucksbewegungen auf das elektrolytische Potential und die Leitfähigkeit der menschlichen Haut." 19 S. Er hält die theoretische Auffassung Veraguth's von den betreffenden Vorgängen für zweifelhaft, dessen Bezeichnungsweise für mißverständlich, sieht seine eigenen Resultate aber im wesentlichen als Bestätigung der Beobachtungen Veraguth's an. — Adalbert Gregor-Leipzig berichtet „Über einen einfachen Apparat zur Exposition optischer Reize". 2 S. Derselbe Autor, vereint mit A. Zaloziecki-Leipzig, behandelt die „Diagnose psychischer Prozesse im Stupor". 11 S. Man wollte feststellen, ob bei einem Falle vollkommenen Stupors noch psychische Prozesse vor sich gehen, und stellte sich deshalb die Frage: Treten willkürliche Veränderungen der Atmung bei Einwirkung von Reizen auf, die so beschaffen sind, daß sie nicht einen einfachen Reflex auslösen können? Man verwendete Schmerz-, Temperatur-, Geschmacks-, Schall-, Wortreize usw. Die Versuche wiesen „die Gegenwart von Bewußtseinsprozessen" nach. — Wilhelm Plönies-Dresden: „Über die Beziehungen der wichtigeren Schlafstörungen und der toxischen Schlaflosigkeit zu den gutartigen Magenläsionen." 34 S. P. entscheidet sich in dem unaufhörlich hin und her schwankenden Streit, ob gewisse psychische Alterationen durch körperliche bedingt werden, oder umgekehrt, auf seinem Gebiete für den letzteren Standpunkt. Er führt aus, daß beim Vorhandensein wirklicher Magenläsionen (Geschwüren usw.) rein reflektorisch Schlafstörungen gesetzt werden. Viel wichtiger aber sei die toxische Schlaflosigkeit. Die Schlafhinderung, die oft jahrelang als der Ausdruck einer Neurasthenie angesehen werde, sei in sehr vielen Fällen vielmehr lediglich durch gastrogene Toxine veranlaßt, die die Erregbarkeit der Ganglienzellen unserer Hirnrinde steigern. Die Nervosität steht zur Schlaflosigkeit nicht in ursächlicher Beziehung, vielmehr werden beide durch die Gastrotoxine bedingt, und die Nervosität ist gleichsam nur der mildere Grad. Eine vernünftige kausale Heilmethode muß diese Toxine beseitigen oder nicht entstehen lassen. Die Behandlung der Schlaflosigkeit mit Schlafmitteln ist daher in den meisten Fällen durchaus zu verwerfen: diese steigern womöglich nur die Produktion der Toxine. — Für die Toxintheorie spricht nach P.'s Ansicht der Umstand, daß in vielen Fällen nach langer Schlaflosigkeit durch Einsetzen einer Magenblutung oder anderer Magenstörung strenge Diät erzwungen und damit zugleich Schlafbesserung erreicht wird. Ja Magenspülung und Diät zugleich bewirken meist überraschende Besserungen der Schlaftiefe, in chronischen Fällen kommt man jedoch besser mit strenger Diät allein aus. In 741 Fällen gelang es P., durch Diät allein die Schlafstörungen „völlig und dauernd" zu beseitigen. — Der erblichen Belastung, der Altersrückbildung usw. kommt nur insofern ein Einfluß auf die Entstehung der Schlaflosigkeit zu, als diese Momente die Empfindlichkeit des Gehirns für die Gastrotoxine erhöhen. Als Wirkungen dieser Toxine sind häufig auch Gedächtnisschwäche, nächtliches Zusammenzucken, schreckhafte Träume, „Gefühlshalluzinationen" usw. anzusehen. — Für den Verfasser ist es also klar,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daß ein großer Teil nervöser Störungen, besonders Schlaflosigkeit, einfach auf die Wirkung von Gastrotoxinen bezogen werden muß, die wiederum irgendeiner „Magenläsion" ihre Entstehung zuzuschreiben haben. Woher diese entsteht, welcher Art sie ist, bleibt im wesentlichen vollkommen unbekannt. — Sommer-Gießen veröffentlicht einige Erklärungen zu seinem Entwurfe eines „Schemas zur Untersuchung von Idioten und Imbezillen". — Bennecke-Dresden: „Die Art der Delikte bei den einzelnen krankhaften Geisteszuständen Heeresangehöriger." 22 S. B. teilt seine Erfahrungen bei 310 Beobachtungen mit. — Paul Ranschburg-Budapest läßt einen 2. Teil seiner Untersuchungen erscheinen (30 S.), die „Über Art und Wert klinischer Gedächtnismessungen bei nervösen und psychischen Erkrankungen" handeln, und stellt einen 3. Teil in Aussicht. Diesen 2. Teil betrachtet er als „Beiträge zu einem Kanon des Wortgedächtnisses als Grundlage der Untersuchung pathologischer Fälle". Er experimentierte mit 21 gebildeten Erwachsenen, sechs wenig gebildeten Erwachsenen und 58 Schulkindern. Seine wertvollen Ergebnisse eignen sich nicht zu kurzer Wiedergabe, ihre Kenntnis ist für jeden, der sich mit Gedächtnisprüfungen beschäftigt, unerläßlich. — Th. Becker-Gießen: „Untersuchungen über Simulation bei Unfallsnervenkranken." 56 S. Sechs Fälle von traumatischer Neurose, ein Fall von posttraumatischer Epilepsie werden ausführlich besprochen. Sie wurden mit den verschiedenen in Gießen üblichen Methoden untersucht und zeigen nichts, was ihnen eine besondere Bedeutung verliehe. Gruhle (Heidelberg).

Dr. Erich Wulffen, Staatsanwalt in Dresden: Psychologie des Verbrechers. Ein Handbuch für Juristen, Ärzte, Pädagogen und Gebildete aller Stände. 2 Bände. M. 25.—. P. P. Langenscheidt, Groß-Lichterfelde-Ost. 1908.

Wulffen, dessen Name den Kriminalpsychologen seit längerer Zeit bekannt ist, hat den Versuch gemacht, die zahlreichen Bausteine zu einem Gebäude zusammenzufügen, die durch die gemeinsame Arbeit von Richtern, Ärzten, Psychologen und Soziologen im Laufe der letzten Jahrzehnte angehäuft waren. Wer das Gebiet einigermaßen kennt, weiß, daß damit eine außerordentlich schwierige Aufgabe unternommen worden ist und daß sie heute schlechterdings nicht vollständig und zu allseitiger Befriedigung gelöst werden kann. Verf. behandelt auf nahezu 1000 Seiten nacheinander Physiologie und Psychologie, Psychiatrie, Anthropologie, Statistik, Ethik, Charakterologie, die Psychologie des Verbrechers und der Verbrecherspezialisten und die Psychologie im Strafverfahren und im Strafvollzug. Da braucht gar nicht eigens gesagt zu werden, daß nicht alle Kapitel gleichwertig sind, daß sich hier und da Irrtümer — sie sind übrigens nirgends erheblicher Art — eingeschlichen haben und daß sich manche mehr anekdotenhafte Abschnitte neben anderen, die einen streng naturwissenschaftlichen Inhalt haben, einigermaßen wunderlich ausnehmen. Es kann keinen Autor geben, der dieses Gebiete übersehen und selbständig beherrschen kann.

Daß Wulffen mit enormem Fleiß zusammengetragen hat, was durch die bisherige Forschung an Material geliefert ist, ist wohl sicher anzuerkennen. Ob aber die Zeit für eine „Psychologie des Verbrechers" wirklich schon reif war? Diese Frage werden nicht alle, die Wulffen's Buch durchstudieren, bejahen wollen. Das Gebäude enthält doch allzuviel unfertige Teile und auch da, wo es fertig erscheinen könnte, erregt der Baustoff dem Kundigen nicht selten Be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

denken. Der Verfasser gibt oft Ärzten das Wort, um eine von ihm vorgetragene Ansicht wissenschaftlich zu begründen und enthält sich dann selbst der Kritik. Das ist für ihn als Juristen gewiß richtig, aber an und für sich sind doch die in dieser jungen Wissenschaft vertretenen Theorien und Hypothesen sehr häufig der Kritik dringend bedürftig.

Die Darstellung ist klar und nur an manchen Stellen etwas breit. Die Ausstattung des Werkes ist vorzüglich. Bumke (Freiburg i. B.).

R. Gottschalk: Grundriß der gerichtlichen Medizin (einschließlich Unfall- und Invalidenversicherung) für Ärzte und Juristen. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig, G. Thieme, 1909. 435 Seiten.

Die zweite Auflage dieses Grundrisses wurde in dieser Zeitschrift (1904, Seite 137) angezeigt. Die vorliegende 3. Auflage unterscheidet sich von ihrer Vorgängerin namentlich durch Hinzufügung eines Abschnittes über die Invalidenversicherung, durch Umarbeitung der im Anhang mitgeteilten Muster für Obduktionsverhandlungen und durch Hinzufügung einiger Ergänzungen; sonst ist das Buch das gleiche geblieben. Es wird wohl auch künftig viel gekauft werden, zumal das inzwischen erschienene Buch von Puppe viel teurer ist. Gaupp.

Otto Granichstädten: Gerichtsärztliche Befunde und Gutachten, Schwurgerichtsfragen bei Körperverletzungen. Leipzig-Wien, Fr. Denticke. M. 5.—.

Verf. teilt eine Reihe von Gutachten mit, die von E. v. Hofmann, Kolisko, E. v. Pilz u. a. verfaßt sind. Soweit Ref. gesehen hat, besitzen diese Gutachten psychiatrisches Interesse nicht. Bumke (Freiburg i. B.).

O. Burwinkel: Die Rückenmarksschwindsucht (Tabes), ihre Ursachen und Bekämpfung. München, Verlag der „Ärztlichen Rundschau". 1909. Enthält nichts Neues. Gaupp.

Alfred Grotjahn: Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der sozialen Hygiene. 406 S. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1908. M. 10.—.

Verf. versucht von dem gesamten Krankenhaus- und Heilstättenwesen in Deutschland ein zusammenfassendes Bild zu geben, unter dem Gesichtspunkte, daß die modernen Bestrebungen auf eine Hospitalisierung der an akuten Krankheiten und Verletzungen Erkrankten oder der im terminalen Stadium befindlichen Patienten und auf die Asylisierung der an chronischem und unheilbarem Siechtum Leidenden hinausgeht, während die vorbeugende Heilbehandlung sich als ein Zwischenglied für jene Patienten einschiebt, deren Einreihung in eine dieser beiden Kategorien entweder durch dauernde Heilung der Anfangsstadien überhaupt gänzlich vermieden oder erst nach längerer Beobachtung und Behandlung vollzogen werden kann.

Nachdem er im ersten Teil die treibenden Kräfte für das Krankenhaus- und Anstaltswesen sowohl in der Medizin wie in der Volkswirtschaft und Gesetzgebung dargestellt hat, beschäftigt er sich im zweiten, der die Hauptsache des Werkes ausmacht, mit der Spezialisierung der Anstalten. Ich beschränke mich darauf, hiervon nur die uns interessierenden Anstalten herauszugreifen. Im vierten Abschnitte werden die Anstalten für Nervenkranke behandelt. Verf. betont die Notwendigkeit der Verallgemeinerung solcher Ein-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

richtungen und bespricht sodann die Kosten der Nervenheilanstalten und die Arbeit im Betriebe derselben. Die in den letzten Jahren begründeten Volksheilstätten für Nervenkranke, die bereits gute Erfolge zu verzeichnen haben, werden deren noch bessere aufweisen, wenn man sich hier auf die Behandlung der vorübergehenden Nervenleiden und nervösen Erschöpfungszustände beschränkt und die besserungsunfähigen Psychopathen in Asyle unterzubringen sucht. Die Arbeit ist für Nervenkranke ein Heilmittel; sie darf aber nicht in Spielerei ausarten, sondern muß so betrieben werden, daß daraus ein ökonomischer Vorteil für die betreffende Anstalt entspringt. Zum Schluß läßt sich Verf. noch über Zwang und Freiheit im Betriebe der Anstalten für Nervenkranke aus. U. a. schlägt er vor, daß der dauernd Nervenkranken, da sie, wenn sie einmal in wirtschaftlichen Verfall und in Not geraten sind, sich selten wieder erheben können, sich die Armenverwaltungen annehmen und sie in geeigneten Asylen unterbringen möchten.

Der achte Abschnitt ist den Irrenanstalten gewidmet. Auch hier bespricht Verf. die Notwendigkeit der Verallgemeinerung der Versorgung der Irren in Asylen, die Kosten der Anstalten (unter Vorführung von Herzberge), die Einführung ökonomisch wertvoller Arbeit in den Betrieb der Irrenanstalten, sowie den Zwang und die Freiheit in denselben. Die öffentlichen Anstalten sollten mehr dem Mittelstand zukommen, weniger den zahlungsfähigen Pensionären. Es ist anzustreben, daß die Anstalten kirchlicher Tendenz allmählich öffentlichen Anstalten Platz machen. In unseren Großstädten laufen noch viele gemeingefährliche Geisteskranke frei herum, die dauernd in Asylen interniert werden müßten. Diese zwangsweise Asylierung soll auch auf solche Individuen ausgedehnt werden, die zwar noch keine Delikte begangen haben, deren Geisteszustand aber ein derartiger ist, daß man sich krimineller Taten versehen kann, desgleichen friedfertige Geisteskranke, da sie in der Regel zu Opfern einer unzweckmäßigen, häufig rohen Behandlung werden. — Die Einführung ökonomisch wertvoller Arbeiten in den Betrieb der Irrenanstalten ist als Gegenleistung einzuführen; die Arbeitskraft der Geisteskranken kann mit Erfolg (namentlich in der Landwirtschaft und Gartenbau) ausgenützt werden, so daß sich die Kosten einer Verallgemeinerung der Asylierung auf ein für den nationalen Wohlstand durchaus beträchtliches Maß herabsetzen lassen. — Eine weitgehende obligatorische Asylierung bedingt eine humane Art der Absonderung und eine sorgfältige Fürsorge im Rahmen der Anstalten; dadurch wird das Odium der Bevölkerung gegen diese herabgesetzt. Sehr wichtig ist ein vorzügliches Pflegepersonal. Ein engeres Verhältnis zwischen Anstalten und Bevölkerungskreisen ist anzustreben (Heranziehung von Laien zur Verwaltung in Form eines Kuratoriums, weiterer Ausbau der Hilfsvereine für Geisteskranke). Ferner muß die Unterbringung der Kranken, sobald das ärztliche Attest vorliegt, beschleunigt werden. Alle sonstigen Formalitäten sind dann besser in der Anstalt zu erledigen. Zwangsweise Internierte werden am besten einer öffentlichen Anstalt zur Bewahrung überwiesen. In der Anstalt ist für die Kranken ein gewisser Zwang, aber ohne Anwendung äußerer Zwangsmittel, gleichzeitig aber auch ein Gewährenlassen, soweit es die Anstaltsordnung erlaubt, anzuwenden. Harmlose Kranke dürften in abgesonderten Räumen unterzubringen sein. Kriminelle Geisteskranke sind von allgemeinen Irrenanstalten auszuschließen und in Spezialanstalten zu internieren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unter ähnlichen Gesichtspunkten behandelt Verf. die Idioten, Epileptiker- und Trunksüchtigenanstalten (Abschnitt 8—10). Für sämtliche Blödsinnige und jene Schwachsinnige, die in den Hilfsschulen für Schwachbegabte nicht unterrichtet werden können, ist während ihrer Kindheit Anstaltsaufenthalt erforderlich, da hier der ihnen verbliebene Rest von Bildungsfähigkeit zum Unterricht und zur Erlernung handwerksmäßiger Arbeiten ausgenutzt werden kann. Da die Idioten außerhalb der Anstalt sehr leicht entweder der wirtschaftlichen Ausbeutung oder der Verwahrlosung und der Kriminalität anheimfallen, so empfiehlt es sich, tunlichst alle Blödsinnigen und möglichst viel Schwachsinnige dauernd zu asylisieren. — Nicht wenige Epileptische können wegen ihrer geschwächten Intelligenz, ihrer häufigen Anfälle oder ihrer Impulsivität im Handeln eine dauernde Stellung im bürgerlichen Leben nicht ausfüllen und geraten in Konflikt mit ihrer Umgebung oder mit dem Strafgesetz; ihr Leiden wird außerdem dadurch verschlimmert. Für sie sowohl wie für die Gesellschaft ist es von großem Nutzen, die vorgeschritteneren Fälle in Asylen festzuhalten, um sie hier mit landwirtschaftlichen oder handwerksmäßigen Arbeiten zu beschäftigen. — Die einzige rationelle Behandlung der Trinker ist der Aufenthalt in einer Trinkerheilanstalt unter Leitung psychiatrisch gebildeter Ärzte, wo sie zu einer ernsten, von jeder Spielerei entfernten Arbeit angehalten werden müssen. Der Aufenthalt hat sich hier auf mindestens 6—12 Monate zu erstrecken. Unheilbare Trunksüchtige müssen unter Zuhilfenahme gesetzlicher Vorschriften dauernd in Asylen festgehalten werden, da sie im bürgerlichen Leben nur groben Unfug ausüben oder ihrer Familie, der Armen-, Strafrechts- und Irrenpflege zur Last fallen.

Jedem Abschnitte über die Spezialanstalten ist eine Zusammenstellung der einschlägigen Literatur beigegeben. Am Schlusse jedes Kapitels faßt Verf. das Ergebnis seiner Untersuchungen in Leitsätze zusammen.

Im dritten Abschnitte bespricht Verf. die Tendenz zur Hospitalisierung der akut erkrankten oder im terminalen Stadium befindlichen Patienten, die Tendenz zur Asylisierung der chronisch kranken und körperlich oder geistig defekten Individuen (als Mittel zur Bekämpfung der Kriminalität, der Vagabondage und Bettelei, sowie als Mittel, den menschlichen Artprozeß günstig zu beeinflussen), sodann die ökonomische Durchführbarkeit der Hospitalisierung und Asylisierung und beleuchtet zum Schluß noch einmal im ganzen Zwang und Freiheit im Anstaltswesen. Buschan (Stettin).

A. Czerny (Breslau): Der Arzt als Erzieher des Kindes (Leipzig und Wien 1908).

Czerny begleitet in diesen — sehr populär gehaltenen — Vorlesungen das Kind auf seinem Wege von der Geburt bis in die Schulzeit hinein, als Erzieher und Arzt. Eine Fülle von Fragen wirft er auf, teilweise über Gegenstände, an denen der Arzt sonst ohne Acht vorübergeht; und er gibt die Antworten als der erfahrene Pädiater, der nicht nur die körperliche, sondern namentlich auch die psychische Entwicklung des Kindes genau beobachtet und in ihrer Norm wie in ihren Anomalien genau kennengelernt hat. Gerade der letztere Umstand, die zahlreichen Ausblicke, die Verf. nach angeborenen Minderwertigkeiten wie nach erworbenen Neuropathien tut, rechtfertigen auch an dieser Stelle die Erwähnung des Buches, das sonst hauptsächlich dem Hausarzt nützlich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sein wird für Fälle, in denen die durch das Studium vermittelte „exakte Ausbildung in Physiologie und Pathologie“ nicht ausreicht.

Haymann (Freiburg i. B.).

G. Peritz: Über das Verhältnis von Lues, Tabes und Paralyse zum Lezithin. (Zeitschr. f. experim. Pathologie u. Therapie. V. Bd., 3. H.)

Peritz hat schon in einer früheren Arbeit auf die Bedeutung des Lezithins für die Funktionsfähigkeit des Nervensystems hingewiesen. Seine Untersuchungen (in der zweiten Medizinischen Klinik, Berlin) ergaben, daß im Serum der Luetischen, Tabischen und Paralytiker der Lezithinspiegel gegen die Norm erhöht ist und daß bei Tabischen und Paralytikern zeitweise große Mengen Lezithin im Kot ausgeschieden werden, so daß schließlich eine Verarmung des Organismus an Lezithin eintritt. Dementsprechend war im Knochenmark von Paralytikern und Tabikern auch ein vollständiger Schwund von Lezithin zu konstatieren. Nach neueren bakteriologischen Untersuchungen spielt das Lezithin auch bei der Wassermann'schen Reaktion eine große Rolle. Es scheint darnach wahrscheinlich, daß zwischen Lezithin und ablenkenden Substanzen eine Bindung stattfindet und daß der positive oder negative Ausfall der Wassermann'schen Reaktion bei Luetischen von der Menge des vorhandenen Lezithins abhängig ist. Auf Grund der erwähnten Untersuchungen vermutet Peritz, daß den Erscheinungen der Paralyse eine Verarmung des Organismus und insbesondere des Nervensystems zu Grunde liegt. Wenn auch die Resultate von Peritz, die zum Teil durch anderweitige Untersuchungen (Bornstein, Göttingen, Hoppe, Uchtspringe) bestätigt werden, vorläufig nur zu Vermutungen berechtigen, so scheinen sie doch nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch wichtig genug, die Aufmerksamkeit der Neurologen auf sich zu lenken.

Hoppe (Uchtspringe).

Aschaffenburg: Der Schlaf im Kindesalter und seine Störungen. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1909.

Sonderabdruck des Referates, das der Verf. in der 25. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Köln erstattete. Der Psychiater, der die Arbeiten über Schlaftiefe und individuelle Veranlagung kennt, findet kaum etwas Neues: manchem werden Czerny's interessante Versuche noch nicht bekannt sein, über die Aschaffenburg berichtet. Die Ablehnung der Freud-Stekelschen Anschauungen bezüglich der infantilen Schlafstörungen ängstlicher Art wird wohl bei den meisten Zustimmung finden.

Gaupp.

Alexander Pilcz: Die Verstimmungszustände. Studie. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1909. (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, Heft 63.)

Ein gut geschriebenes Stück allgemeiner Psychopathologie, das dem gebildeten Laien manche Formen leichterer psychischer Störungen verständlich zu machen sucht. Der Fachmann erfährt wohl kaum etwas Neues aus der Schrift, wird sie aber doch gerne lesen.

Gaupp.

Dubois: Pathogenese der neurasthenischen Zustände. Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 511—512. Verlag von J. A. Barth. Leipzig 1909.

Der bekannte Berner Psychotherapeut gibt in dem Hefte seine Anschauungen über Neurasthenie und ihre Behandlung. Er unterscheidet in der Gruppe

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Psychoneurosen neurasthenische, psychasthenische, hysterische, hypochondrische und leicht-melancholische Zustände, die durch physische und seelische Ursachen verschlimmert werden können und bei ganz verschiedenen Erkrankungen (Epilepsie, Paralyse, Hirnleiden, Rückenmarkskrankheiten, toxischer Neuritis, Schwachsinn, Entartung, akuten und chronischen Erkrankungen innerer Organe) vorkommen können. Er faßt also den Begriff rein symptomatisch, spricht nur von klinischen Bildern und ironisiert die systematischen Bestrebungen derer, die Krankheitseinheiten schaffen wollen. Er kennt auch alle nur möglichen Kombinationen von Neurasthenie mit Psychasthenie, Hysterie, kennt Übergänge zur Paranoia usw.

Als Grundsymptome der Neurasthenie bezeichnet er Ermüdbarkeit, Gemütserregbarkeit, Kleinmütigkeit, seelische Depression, hypochondrische Stimmung, Abulie, Mangel an Aufmerksamkeit. Von diesen Grundsymptomen sind die sogenannten funktionellen Störungen (Kopf- und Rückenschmerzen, Schlaflosigkeit, gastro-intestinale Dyspepsie, Herzklopfen, vasomotorische Störungen, Myasthenie, Störungen der Sinnesorgane, der sexuellen Funktionen usw. abhängig; diese sind dann ihrerseits wieder imstande, die Grundsymptome zu verstärken. Immer aber und in allen Fällen liegt der Neurasthenie eine geistige Schwäche zugrunde: jeder Neurastheniker hat „geistige Defekte", sei es aus erblicher Belastung, sei es aus fehlerhafter Erziehung; eine rein erworbene Neurasthenie bei von Haus aus völlig Gesunden und geistig Vollwertigen gibt es nach Dubois nicht. Trotz dieser radikalen Auffassung huldigt nun Dubois einem therapeutischen Optimismus. Er berichtet von Fällen, deren schwere Symptome durch einen psychotherapeutischen Brief, durch eine medizinische Abhandlung geheilt wurden. Er sieht also die Ursache der primären Geistesschwäche der Neurastheniker nicht in einer konstitutionellen irreparablen Gehirnanlage, sondern nur in einer besonderen, aber leicht zu ändernden Geistesverfassung, vor allem in einem Mangel an Selbstbeherrschung. So besteht denn auch bei ihm die therapeutische Hauptaufgabe in der Erziehung zur Selbstbeherrschung, in einer „ethischen Orthopädie", während er den somatischen Heilkuren skeptischer gegenübersteht.

Recht wenig befriedigend sind seine Ausführungen über die Unterscheidung von Neurasthenie und Psychasthenie. Während er an einer Stelle richtig sagt, daß der Neurasthenie die psychasthenischen Phobien und Zwangszustände fehlen, daß die Psychasthenie einen höheren Grad des Krankseins darstellt, als die Neurasthenie, lesen wir wieder bald darauf, daß bei den Neurasthenischen „jedenfalls Psychasthenie oder Entartung" vorliege. Auch sonst ist die Schrift nicht frei von Widersprüchen und Einseitigkeiten. Auf Seite 9 rechnet er den neurasthenischen Zustand zu den psychopathischen Zuständen; auf Seite 36 wird von der Psychasthenie im Unterschied von der Neurasthenie gesagt, daß es sich bei ihr unzweifelhaft um einen psychopathischen Zustand handle. Ich verkenne nicht, daß Dubois ein gewisses Recht hat, die terminologischen und klassifikatorischen Versuche der modernen Psychiatrie mit ironischer Skepsis zu kritisieren, aber ich möchte doch glauben, daß es ihm nichts schaden würde, wenn er sich mit diesen psychiatrischen Lehren etwas mehr befreunden würde. Auch würde er wohl kaum zu einer so generellen Verurteilung der „erworbenen Neurasthenie" kommen, wenn er nicht die subjektive Müdigkeit des Psychopathen mit der objektiven Ermüdung des Neurasthenikers zusammenwerfen würde. Gaupp.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Theodor Heller: Schwachsinnigenforschung, Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik. Halle, C. Marhold, 1909.

Der erste Teil der Schrift ist ein Sammelreferat über neuere Forschungen auf dem Gebiete des infantilen Schwachsinns, der zweite Teil (Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik) gibt die bekannten Anschauungen des auf diesem Gebiete sehr verdienten Verfassers wieder, die er schon vor Jahren in seinem Buche: „Grundriß der Heilpädagogik" (1904) ausführlich dargelegt hat.

Gaupp.

W. Ewald: Die traumatischen Neurosen und die Unfallgesetzgebung. Urban und Schwarzenberg, 1908. Beiheft der „Medizinischen Klinik".

Die Schrift enthält in der Hauptsache Bekanntes und gibt kritische Ausführungen. Der Verf. warnt davor, jede traumatische Neurose unter dem Gesichtspunkt der Rentenhysterie und der Begehrungsvorstellungen zu betrachten. Die oft behauptete Vermehrung der traumatischen Neurosen in neuer Zeit hängt mit einer Vermehrung der Unfälle überhaupt zusammen. Ewald sagt S. 325: „Die Grundlagen der traumatischen Neurosen jedoch, gewisse Organveränderungen, über die wir allerdings nicht viel wissen, und die durch die Shokwirkung gelegentlich des Unfalls bedingte Schädigung des Seelenlebens sind nicht psychogener Natur . . . ." Diese Behauptung ist in dieser allgemeinen Fassung wohl kaum aufrecht zu erhalten. (Vgl. meinen Aufsatz in der Münch. med. Wochenschrift, 1906: Der Einfluß der deutschen Unfallgesetzgebung auf den Verlauf der Nerven- und Geisteskrankheiten). Der Verf. differenziert viel zu wenig. Es gibt traumatische Nervenstörungen durch feine bereits nachweisbare Hirnveränderungen, traumatische, nicht rein psychogene Neurosen ohne nachweisbaren anatomischen Befund, traumatische Hysterien mit und ohne Rentenkampf. Ewald legt den vasomotorischen Symptomen bei traumatischen Neurosen eine besonders große Bedeutung bei; sie sind ihm das „fast einzige sicher nachweisbare objektive Symptom". „Die Shokwirkung einerseits und die mehr oder minder erhebliche, allerdings auch durch andere Umstände beeinflußbare Alteration des vasomotorischen Systems sind die Grundlagen aller traumatischen Neurosen." Dazu treten nun nach Ewald noch psychische Symptome variabler Art: ängstlich-hypochondrische Vorstellungen, Sucht nach Rente, nervöse Aufregungen im Verlaufe des Rentenkampfes, psychische Hemmung. Reine Simulation ist nach Ewald selten, Aggravation häufig. Mit Recht bekämpft Ewald die ausführliche Mitteilung der ärztlichen Gutachten an die Verletzten. Er hält es ferner für nicht zulässig, zu Erziehungszwecken die Rente zu kürzen, da alle derartigen Vorschläge, wie er glaubt, nicht dem Wesen der Unfallversicherungsgesetzgebung entsprechen. Hier kann ich ihm nicht zustimmen. Die Gewährung hoher Renten an leichte traumatisch Hysterische liegt nicht im Interesse der Kranken; die Kürzung einer zu hohen Rente, um die Energie zur Arbeit zu stärken, ist oft direkt ein Segen für den Kranken; wer durch die Not gezwungen wird, seine psychogenen Beschwerden zu überwinden, ist subjektiv und objektiv besser daran, als der hypochondrisch untätige und ewig querulierende Rentenverzehrer, der bei den zahllosen Nachuntersuchungen immer wieder daran erinnert wird, wie krank er eigentlich noch sein muß, damit er seine 80 oder 100 Prozent behalten darf. Es ist eine absolut falsche Humanität, wenn man dem Arbeiter nur möglichst viel bar Geld zukommen lassen will,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nachdem er traumatisch hypochondrisch geworden ist. Ein weit größeres Glück für den Verletzten ist es, wenn er mit Hilfe eines menschenfreundlichen Arztes aufgemuntert und durch den Ehrgeiz, wieder den früheren Verdienst zu erreichen, aus seinen psychogenen Hemmungen herausgerissen wird. Auch darin kann ich Ewald durchaus nicht recht geben, daß die einmalige Abfindung keinen Wert habe. Der Einwand der „Abfindungshysterie" imponiert mir nicht im geringsten. Bei Annahme meines Vorschlages wäre die Gefahr, daß dem Verletzten Unrecht geschähe, recht gering; ein einzelner Fall, den Ewald vorbringt, beweist natürlich nichts; es wäre leicht, ihm ein Dutzend andere gegenüberzustellen, in denen die Abfindung fraglos segensreich gewirkt hätte. Daß Ewald noch aus therapeutischen Gründen Unfallsnervenkliniken für völlig erwerbsunfähige Traumatiker empfiehlt, wundert mich; wer hierüber Erfahrung hat, weiß, daß diese Institute therapeutisch nichts leisten, ja häufig nur verschlimmernd wirken. Sie gelten als „Rentenquetschen", denen der Verletzte mit größtem Mißtrauen gegenübersteht. Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

Anatomie und Physiologie des Nervensystems. Psychologie.

O. Kohnstamm und F. Quensel (Königstein im Taunus): Über den Kern des hinteren Längsbündels, den roten Haubenkern und den Nucleus intratrigeminalis.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 242—252.)

Den Untersuchungen liegen halbseitige Durchschneidungen des Rückenmarks von Kaninchen ganz oben oder weiter unten, ferner des Rückenmarks von mehreren Hunden im oberen Zervikalmark sowie endlich Verletzungen des Hirnstammes zugrunde. Der Kern des hinteren Längsbündels, als welchen K. früher die Kette von motorischen Hirnzellen beschrieben hatte, die sich vom roten Kern dorsalwärts nach den Fasern der hinteren Kommissur hinzieht, zeigte nach hoher Durchschneidung des Zervikalmarks zum großen Teile Tigrolyse, fast ausschließlich auf der operierten Seite. Der mittelgroßzellige Teil des Nucleus intracommissuralis war ungeschädigt, dagegen zeigte er sich nach Verletzung des Hirnstammes in seinem kaudalen Teile doppelseitig degeneriert, er entsendet also seine Fasern nur zum Hirnstamm, und zwar zu dessen motorischen Kernen. Im Nucleus mot. tecti lassen sich außer dem Nucl. intratrigeminalis (mesenzephaler Trigeminuskern) noch zwei Hauptgruppen unterscheiden, die die Autoren als Nucl. paratrigeminalis und Kern des Kielstreifens bezeichnen, der wahrscheinlich zu einem kaudalen Anteil der fontänartigen Haubenkreuzung gehört. Die übergroße Mehrzahl der mesenzephalen Trigeminuszellen sind nur

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

polar, die multipolaren Zellen gehören dem Intratrigeminalis an. Bezüglich der Einzelheiten und der Nuclea ruba tegmenti muß auf das Original verwiesen werden.

Hoppe (Königsberg).

Lugaro (Modena): „Una prova dell' esistenza delle neurofibrille nel vivente."

(Riv. di Pat. nerv. e ment. XIV., 1.)

Nach seinen Befunden glaubt Verf. aussprechen zu dürfen, daß die Neurofibrillen kein Kunstprodukt sind, sondern beim Lebenden existieren, sie seien ein wirkliches zelliges Organ, und es sei daher erlaubt, Hypothesen betr. ihrer Funktion aufzustellen.

Wolff (Katzenelnbogen).

Franz F. Krusius: Über ein Binokular-Pupillometer.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 154—157.)

Die Beschreibung des für genaue Untersuchungen anscheinend sehr wertvollen Apparates ist zu kompliziert, als daß sie kurz in einem Referat wiedergegeben werden konnte. Das wesentlichste ist, daß der Apparat aus zwei völlig symmetrisch gebauten Teilen besteht, je einer zur Beobachtung eines Auges, und daß jedes Auge, lichtdicht vom anderen getrennt, isoliert vom Lichtreiz getroffen wird. Dieser wird durch je ein elektrisches Lämpchen hervorgerufen, das durch eine Schaltung entweder ausgeschaltet oder auf dunkel oder auf maximal hell eingestellt werden kann. Man kann nun sowohl die direkte Lichtreaktion beobachten, indem man beide Lämpchen von dunkel auf hell schaltet, als die konsensuelle, indem man dieselbe Umschaltung einseitig vornimmt, und endlich die Akkommodationsreaktion, indem man bei konstanter Lichtquelle die Versuchsperson den eigenen zwischen die Rohre gehaltenen Finger ansehen läßt.

Hoppe (Königsberg).

Cesare Fugoni (Florenz): Über einige Respirationsveränderungen zentralen Ursprunges.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 202—208.)

Das von Grocco beschriebene „dissoziierte Atmen", das in einer Dissoziation zwischen den Kontraktionen des Zwerchfells und der Interkostalmuskeln besteht, wird nach F. meist bei Meningitis (namentlich basilarer), aber auch bei Tumoren, Ohrensausen, Hirnblutungen, Urämien, kurz in jenen Fällen beobachtet, wo der Bulbus durch Intoxikation, Infektion, Stauung, Asphyxie geschädigt wird, und gesellt sich häufig zu anderen Funktionsstörungen des Bulbus (Cheyne-Stoke, Pulsveränderungen usw.). F. hat es auch bei einer Chloroformnarkose beobachtet. Auch hier deutet es auf eine starke Funktionsstörung der Bulbärzentren hin und erheischt die Unterbrechung der Chloroformzufuhr. Bei einem Mann, der an Zerebrospinalmeningitis zugrunde ging, beobachtet F. eine Verbindung von dissoziierter Atmung mit klonisch-halbrhythmischem Spasmus des Zwerchfells (Schluchzen) in miteinander abwechselnden Perioden. Da die Intensität der dissoziierten Bewegungen, wie die aufgenommenen Kurven zeigen, im allgemeinen übereinstimmt, so ist nach F. zu schließen, daß die Erscheinung vorzugsweise auf einer Störung des koordinierenden Zentrums beruht, indem dieses gleiche Reize, die es empfangen, auf die subordinierten Zentren für die einzelnen Muskelgruppen nicht gleichzeitig überträgt wie in der Norm. Doch können auch bei der dissoziierten Atmung funktionelle Schwankungen der selbständigen Bulbärzentren

Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

vorkommen, wie das aus der verschiedenen Höhe der Atemzüge zu verschiedenen Zeitpunkten zu ersehen ist. Dagegen scheinen die Spinalzentren hierbei ohne Einfluß zu sein. Der klonisch-halbrhythmische Spasmus des Zwerchfells ist nach F. wahrscheinlich auf eine jähe sich halbrhythmisch vom diaphragmatischen Bulbärzentrum her auf die Ursprungszellen des Phrenikus sich entladende Erregung zurückzuführen. Da während des Halbrhythmus des klonischen Zwerchfellspasmus der thorazisch-abdominale Synergie nahezu normal ist, und beim ersten Auftreten die dissoziierten Atmung der Rhythmus des Zwerchfellspasmus sich ändert, indem er irregulär und stürmisch wird, so ist dieser Typus nach F. ein Beweis für eine stärkere funktionelle Zerfahrenheit bzw. Schädigung der Bulbärzentren.

Hoppe (Königsberg).

Cassirer und Löser (Berlin): Über den Einfluß von Drehbewegungen in der vertikalen Körperachse auf den Nystagmus. Ein Beitrag zur Funktionsprüfung des Vestibularapparates.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 252—260.)

Nach mehrfacher Drehung des aufrechten Körpers um die Längsachse tritt bekanntlich bei Einstellung der Augen nach der der Drehung entgegengesetzten Seite Nystagmus ein, der von den Bewegungen der Endolymphe im Labyrinth herzuleiten ist. Die Autoren prüften nun die Einwirkung solcher Drehbewegungen auf einen vorhandenen pathologischen (rhythmischen) Nystagmus an einer großen Zahl von organischen Nervenkrankheiten und auch einigen Ohrenkranken. Es ergab sich folgendes: Der bei seitlicher Blickrichtung vorhandene Nystagmus wird nach mehrfacher Drehung des aufrechten Körpers um die vertikale Körperachse in der gleichen (der Blickrichtung entsprechenden) Richtung aufgehoben, nach Drehung in der entgegengesetzten Richtung verstärkt. Die letzte Erscheinung ist als Summation des primären pathologischen und des sekundären physiologischen (durch Drehen erzeugten) Nystagmus zu erklären, die erste dadurch „daß der pathologische Reiz, der den primären Nystagmus in dem einen Labyrinth bedingt, durch den adäquaten Reiz im andern Labyrinth, wie ihn die Drehung in sich schließt, überkompensiert wird". Der diagnostische Wert dieser Erscheinungen ist nach den bisherigen Erfahrungen der beiden Autoren gering einzuschätzen.

Hoppe (Königsberg).

Goldscheider: Zur Lehre vom Muskelsinn.

(Ztschr. f. klin. Med., Bd. 66, 1908, S. 365.)

G. verteidigt gegenüber Reichardt seine Ansichten über den Muskelsinn. Er betont vor allem, daß die Rieger'sche Versuchsanordnung unwillkürliche Muskelspannungen zur Folge habe, durch welche die Resultate ungenau werden. Auf Grund zweier neuer Versuche bleibt G. bei der Annahme, daß die Bewegungsempfindung ihren peripherischen Ursprung in den Gelenken habe.

G. Liebermeister (Köln).

Propping: Die Mechanik des Liquor cerebrospinalis und ihre Anwendung auf die Lumbalanästhesie.

(Mitteil. aus dem Grenzgeb. der Med. u. Chir., Bd. 19, 1908, S. 441.)

Durch Beckenhochlagerung wird ebenso wie durch Aufsetzen eine — relativ geringe — Verschiebung des Liquor cerebrospinalis hervorgerufen. Die Liquor-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

menge weist große individuelle Unterschiede auf. Das bei der Lumbalanästhesie eingespritzte Anästhetikum kann zur Medulla oblongata in die Höhe gelangen.

G. Liebermeister (Köln).

E. Rautenberg: Zur pathologischen Physiologie menschlicher Skelettmuskeln und über gewisse Beziehungen zur Funktion des Herzmuskels.

(D. Arch. f. klin. Med., Bd. 93, 1908, S. 389.)

Bei einem Fall von Myasthenie fand R. bei Reizung mit Induktionsströmen im Ermüdungsstadium ein Niedriger- und Trägerwerden der Zuckungen. Zuletzt wurden die Zuckungen von ungleicher Form und Höhe. Oft folgten die Muskelkontraktionen nicht den Reizschlägen, sondern unabhängig von diesen (z. B. auf neun Reize nur acht regelmäßige Kontraktionen). Der Muskel reagierte auf frequentere Reize nicht durch Superposition. Bei Reizung mit mehr als zwei bis drei kurzen tetanisierenden Reizen in der Sekunde verfällt der Muskel in rhythmische Kontraktionen und ist dann gegen Extrareize refraktär. Bei anderen Erkrankungen fand R. bei degenerativ veränderten Muskeln typische funktionelle Erscheinungen bei fortgesetzter elektrischer Reizung. Bei Reizung mit einzelnen Induktionsschlägen nahm die Höhe der Zuckungskurve ab und wurde alternierend. Bei einem Fall von progressiver Muskelatrophie wurde im Ermüdungsstadium völlige Unerregbarkeit gegen Einzelreize beobachtet.

G. Liebermeister (Köln).

R. Bálint: Beiträge zur Physiologie und Pathologie der sensiblen Wurzeln des Rückenmarks.

(Ztschr. f. klin. Med. Bd. 67, 1909, S. 7.)

Bei Kranken mit toxischer, — durch Alkohol oder Nikotin — bedingter Neuritis fand sich segmentär lokalisierte Verlangsamung, Abschwächung oder Ausfall der Schmerzempfindung. Die Lokalisation entsprach der bei Tabes bekannten. Die Ausfallserscheinungen waren vorwiegend auf zwei Segmentgruppen lokalisiert; die am meisten betroffene Zone der oberen Gruppe entsprach dem I. bis IV. Dorsalsegment, die hauptsächlich gestörte untere Gruppe wurde durch das I. Sakral- und vielleicht V. Lumbalsegment gebildet. In einzelnen Fällen hatten diese Zonen nach unten oder oben eine größere Ausbreitung. Im Anschluß an diese Befunde bei Kranken machte B. interessante Prüfungen der Schmerzempfindung an Gesunden. Diese ergaben, daß normalerweise hyperalgetische Zonen mit segmentärer Anordnung an charakteristischen Stellen zu finden sind. Sie zerfallen ebenfalls in eine obere (I.—III. resp. V. Dorsalsegment) und eine untere Gruppe (V. Lumbal-, I. Sakralsegment). Die Übereinstimmung dieser Zonen mit den bei Kranken gefundenen ist auffallend. Weiter ist eigentümlich, daß die obere Gruppe, den von Head bei Erkrankungen des linken Herzens und der Aorta gefundenen Hyperalgesiezonen entspricht, die untere Gruppe nach Head mit Uterus resp. Prostata zusammenhängt. Diese Zonen, die unter normalen Verhältnissen hyperalgetisch gefunden wurden, erwiesen sich bei toxischen Prozessen als Prädilektionsstellen und wurden hypalgetisch. Verf. hält eine Erklärung dieser Verhältnisse auf Grund der Edinger'schen Aufbrauchtheorie für die wahrscheinlichste.

G. Liebermeister (Köln).

Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Audenino (Turin): „Mancinismo e destrismo."

(Estr. d. arch. d. Psich. XXIX, III.)

Aus dieser nicht sehr ausgedehnten Arbeit sei hervorgehoben die Unterscheidung, die Verf. macht zwischen wahren und falschen Rechts- und Linkshändern, von denen die wahren nach seiner Ansicht geringer an Zahl seien, als man für gewöhnlich glaube, während zwischen beiden die Pseudo-Rechts- und Linkshänder liegen, mit unzähligen Abstufungen bis zu den Ambidextern. Verf. macht folgende Einteilung der Linkshänder: 1. Pseudolinkshänder, davon permanente bei Normalen: ein großer Teil der Frauen und Kinder, bei Anormalen: Minderwertige, Epileptiker und Kriminelle; transitorische in hysterischen und epilept. Zuständen (Somnambulismus, Trance, Verdoppelung, Äquivalenten, Prä- und Postzuständen, Intoxikations- und Erschöpfungszuständen. 2. Wahre Linkshänder: Angeboren: Ataviker, Hereditarier, ferner pathologische infolge linksseitiger Hemisphärenaffektionen in der pränatalen oder in den ersten Perioden des extra-uterinen Lebens. Erworbene, permanente, infolge Lähmung der rechten Seite aus irgend einem Grunde (auch Frakturen), aus Gewohnheit; transitorische: bei Epileptikern. Wolff (Katzenelnbogen).

Alphonse Maeder: Une voie nouvelle en psychologie. Freud et son école.

(Coenobium III, 1, 1909, p. 97—115.)

In einer kleinen Studie, deren Lektüre auch der deutsche Leser wegen ihrer Klarheit und Anschaulichkeit mit Genuß folgen wird, schildert Maeder „das große Gebiet in der Psychologie, das Freud durch seine neue Forschungsmethode, die Psychanalyse, für die wissenschaftliche Untersuchung eröffnet hat". An der Hand selbst gesammelter und analysierter Beispiele bespricht Verfasser die kleinen Störungen der bewußten Tätigkeit beim Normalen (die Psychopathologie des Alltagslebens von Freud, so das Sich-Versprechen, Formen von Vergessen, Melodie-Automatismen), die Träume (unter ausführlicher Analyse eines Beispiels) und die Bedeutung der Symbole in den Träumen, den Halluzinationen, den Märchen und der Sprache. In all diesen Vorgängen sieht er mit Freud psychische Automatismen mehr oder weniger komplizierter Art, Wirkungen unbewußter gefühlsbetonter Vorstellungskomplexe, die sich durch Psychanalyse aufdecken lassen und sich als unbewußte Strebungen der betreffenden Person darstellen.

Die Arbeit bildet eine kurze, übersichtliche Einführung in den Freudschen Gedankenkreis, soweit er die normale Psychologie betrifft, und will zur eigenen Nachprüfung anregen, was für jeden Einzelnen zur wirklichen Überzeugung notwendig ist. Stockmayer (Tübingen).

Psychiatrie.

Yoshikawa: Über feinere Veränderungen im Gehirn nach Kopftrauma.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXV, 6.)

Untersuchung von drei frischen und fünf alten Fällen. In den frischen fanden sich frische meningitische, und entzündliche Erscheinungen um einen Schußkanal, in den alten zweimal Zysten und Narben, die auf das Trauma zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beziehen waren; außerdem Vermehrung der Gefäße, Verdickung ihrer Wandungen und Rundzelleninfiltration, wie sie schon von anderen Autoren gefunden worden sind. Chotzen.

Rosenbach: Drei Fälle simulierter Geistesstörung mit dem Symptom falscher Antworten.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXV, 6.)

Zwei Soldaten, einer des Mordes angeklagt und einer, der sich vom Militärdienst befreien wollte, waren die Exploranden und ein Traumatiker, der eine Rente erwerben wollte; alle drei schwachsinnige Degenerierte. Den Beweis der Simulation sieht R. darin, daß die falschen Antworten nur bei besonderen Explorationen gegeben wurden, neben guter Auskunft bei beiläufigen Fragen, daß keinerlei Bewußtseinstrübung, auch keine geistigen Störungen sonst bestanden. In zwei Fällen wurde auch nach Vorhalt das Verhalten geändert.

R. hält das Symptom der falschen Antworten weder für Hysterie noch Katatonie für charakteristisch, sondern sieht in ihm stets den Versuch Degenerierter, sich als geistesschwach hinzustellen. Chotzen.

Pandy (Budapest): Die Paralyse der katholischen Geistlichen.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 11—15.)

Entgegen der weitverbreiteten Meinung, daß die Paralyse bei den katholischen Geistlichen selten sei, die vorzugsweise auf französische Arbeiten sich stützt, ist P. bei dem Material der Anstalt Lipótmezo (Budapest) zu anderen Resultaten gekommen.

Der Untersuchung P.'s liegt ein Material von 10877 männlichen Kranken zugrunde, die in den 38 Jahren in der Anstalt behandelt wurden, darunter waren 53 katholische Geistliche. Von diesen 53 waren 16 oder 30 % als Paralytiker in den Akten bezeichnet und tätsächlich alle Paralytiker. Dazu kommen aber noch vier mit anderer Diagnose, die, wie die von P. kurz mitgeteilten Krankengeschichten zeigen, verkannt und wahrscheinlich auch Paralytiker waren. Von diesen hatten drei Syphilis und geschlechtliche Ausschweifungen in der Anamnese, und zwar als die einzigen unter den als Nichtparalytiker bezeichneten Geistlichen mit bekannter Anamnese. Die vier Fälle mit eingerechnet betrug die Prozentzahl der paralytischen Geistlichen 37 %, während sie nach Hollós bei anderen Berufen 35 % beträgt. Bei den 14 paralytischen Geistlichen mit bekannter Ätiologie war in neun Fällen oder 69 % Syphilis oder sexuelle Ausschweifungen als Ursache angegeben. Hoppe (Königsberg).

E. Krohn (F): Zur Kenntnis der periodischen Psychosen.

(Finska läkaresäll handl. 1909, S. 91.)

Zwei Fälle periodisch verlaufender Psychosen. Der erste Fall begann schleichend mit dem 16. Jahre; einige Jahre später regelmäßig wiederkehrende Stuporzustände, dem manischen Stupor am nächsten stehend, mit choreiformen Bewegungsstörungen; Dauer der Stuporzustände wie der freien Intervalle etwa drei Wochen. Langsam zunehmende Demenz. Verf. ist geneigt, diesen Fall einer von Kräpelin näher unter Katatonie geschilderten Gruppe mit manisch gefärbten kurzen Perioden anzuschließen. — Im zweiten Fall schnelle Entwicklung der Psychose im 19. Jahre; im Anfang periodisch wiederkehrende

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

manische Zeiten von etwa zwei Wochen und ebenso lange Zwischenzeiten. Allmählich starke Demenz mit Verwischung der Periodizität. Diagnose: Hebephrenie mit periodisch erscheinenden manischen Symptomen.

Wimmer (Kopenhagen).

Näcke: Vergleichung der Hirnoberfläche von Paralytikern mit der von Geistesgesunden.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXV, 6.)

Vom Autor selbst nach seinem Vortrag auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins f. Psychiatrie in Berlin im 2. Oktoberheft 08 dieses Zentralblattes referiert. Chotzen.

O. L. Klieneberger: Über die juvenile Paralyse.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXV, 6.)

Verf. teilt sieben sehr interessante eigene Beobachtungen juveniler Paralysen mit und bespricht eingehend das klinische Bild dieser Krankheit und die Differentialdiagnose. Alle mitgeteilten Fälle boten als gemeinsame Charaktere hereditäre Lues, Stillstand der körperlichen Entwicklung, langes Prodromalstadium, das Überwiegen körperlicher Symptome und die eigenartige Demenz. Subjektive Störungen traten auffallend zurück.

Verf. schlägt vor, nur die auf hereditärer Lues beruhenden Fälle als juvenile zusammenzufassen, von denen die vor dem 10. Jahre ausbrechenden als Frühformen, die nach dem 20. als Spätformen zu bezeichnen wären. Einer der mitgeteilten brach im 32. aus. Die nach frühzeitig erworbener Infektion aber in jugendlichen Jahren ausbrechenden Erkrankungen müßte man als Frühformen der gewöhnlichen progressiven Paralyse ansehen. Chotzen.

Eugen Bircher: Zur Implantation von Schilddrüsengewebe bei Kretinen.

(Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie 1901, Bd. 98, S. 76—88.)

Dreien Kretinen wurde vom Verf. in der chirurgischen Universitätsklinik zu Basel Schilddrüsengewebe unter die Kopfhaut implantiert. Die Einheilung der Stückchen konnte in allen drei Fällen palpatorisch sehr leicht nachgewiesen werden (als Tumoren fühlbar). Im Verlaufe der Wochen nahmen diese Tumoren an Größe wesentlich ab und verschwanden schließlich ganz. Sie wurden, wie ein Exzisionspräparat lehrte, einfach resorbiert. Und der Erfolg dieser Implantation war — absolut negativ. Das äußere wie das innere Wesen der drei Kretinen blieb vollständig unberührt. Auch nicht die geringste Veränderung war zu konstatieren. Die Zustände an den Epiphysenlinien wurden, wie die Kontrollröntgenogramme erkennen ließen, absolut nicht beeinflußt. Das Wachstum erfuhr keine Zunahme, die Haut blieb sich gleich. Selbst bei dem einen, erst 11jährigen Kretin war nicht der geringste Einfluß bemerkbar. In dem einen (2.) Falle stellte sich nach der Strumektomie, die nach der Implantation vorgenommen worden war, rasch ein Strumarezidiv ein. Dieses alles deutet gewiß darauf hin, daß die Schilddrüse bei diesem Kretin doch nicht so ganz funktionsunfähig geblieben war. Die drei Beobachtungen stützen ferner die von Bircher schon anderweitig ausgesprochene Behauptung, daß der Zusammenhang zwischen Schilddrüse und Kretinismus nicht einfach als eine Hypo- oder Athyreosis angesprochen werden darf. Buschan (Stettin).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

A. Bloch (Paris): Sur le mongolisme infantile dans la race blanche et sur autres anomalies qui sont des caractères normaux dans diverses races.

(Bull. et Mém. de la Soc. d'anthropol. de Paris 1908, Bd. IX, S. 561—570.)

In seinen „Observations on a ethnic classification of idiots" (1866) hatte Langdon-Down verschiedene ethnische Typen der Idiotie unterschieden, die äthiopische, die malaiische, die amerikanische und die mongolische Varietät. Von diesen hat sich nur der letzte Typus in der Wissenschaft erhalten. Verf. gibt in der vorliegenden Abhandlung eine Schilderung des anthropologischen Verhaltens dieser nicht nur in, sondern auch außerhalb Europas bei den verschiedensten Vertretern der weißen Rasse, auch bei Juden, beobachteten Form der Idiotie. Im besonderen beschäftigt er sich mit den beiden charakteristischen Erscheinungen, der Schlitzäugigkeit und der Mongolenfalte. Das Zustandekommen der ersteren glaubt er als eine Entwicklungshemmung während des intrauterinen Lebens deuten zu dürfen, die eine zu späte Trennung der ursprünglich miteinander verbundenen Augenlider zur Folge habe; die zweite läßt er durch die zu geringe Spannung am inneren Augenwinkel infolge zu flacher Nase bedingt sein. Mit kräftigerer Entwicklung der Nase nehme diese Spannung zu und die Mongolenfalte gehe zurück, während bei den Angehörigen der mongolischen Rasse der umgekehrte Fall einträte, d. h. die Mongolenfalte mit den Jahren noch ausgeprägter würde. Ebensowenig wie die mongoloiden Erscheinungen sind die übrigen für andere Rassen charakteristischen Erscheinungen (wie krause Haare, tiefliegende Augen, vorspringende Jochbeine, Abplattung der Nase, Zurücktreten des Kinnes, kräftige Ausbildung der Lippen, Größe des Mundes) ethnisch bedingt. Buschan (Stettin).

Nerking (Düsseldorf): Über „Makrobiose", ein neues Nährmittel.

(Medizin. Klinik 1908, Nr. 4.)

N. prüfte im Institut für experimentelle Therapie zu Düsseldorf und in der Klinik für Infektionskrankheiten ein neues Nährpräparat „Makrobiose". Dieses, ein hellbraunes Pulver, enthält 9,5% Fett, 43,4% Eiweiß und reichlich Salze. Es wird gut resorbiert und assimiliert und erwies sich bei unterernährten Individuen zur Erzielung von Gewichtszunahme als recht brauchbar. Die Arbeit soll zu weiterer Prüfung anregen. (Leider ist der Preis, der so oft den Hinderungsgrund für Anwendung von Nährmitteln bildet, nicht angegeben.)

Liebetrau (Hagen i. W.).

Kalischer: Sabromin, ein neues Brompräparat.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 40.)

Bei den Versuchen hat sich Sabromin an Stelle der Bromsalze gut bewährt und selten unangenehme Nebenwirkungen hervorgerufen.

Müller (Dösen).

Peters: Über Isopralordination bei Herzkranken.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 44.)

Aus der Literatur und den eigenen Fällen schließt Peters, daß Isopral bei Herzkranken nicht schädigend wirkt, vielmehr durch Herbeiführen eines ruhigen Schlafes das Allgemeinbefinden günstig beeinflußt. Müller (Dösen).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Robinson: Bromin compounds with special reference to strontium bromid.

(The Alienist and Neurologist, Nov. 1908.)

Nach einem kurzen Überblick über die heute im Handel befindlichen organischen und anorganischen Brompräparate kommt Verf. zu dem Schlusse, daß von allen Bromverbindungen das Bromkali die schlechteste ist und daß seine unerwünschten Nebenwirkungen seinen therapeutischen Wert erheblich überwiegen. Wer längere Zeit Bromkali in größeren Dosen verordnet, der vergiftet geradezu langsam seine Kranken! Bei weitem vorzuziehen ist das Bromnatrium, am besten aber das Bromstrontium. Das letztere wirkt a) als Anaphrodisiakum, b) als allgemeines Sedativ, c) es greift den Magen nicht an, d) es ruft keine oder doch nur eine minimale Akne hervor, e) es wirkt oft als mildes Darmantiseptikum, f) es reizt die Nieren nicht. Es ist jedoch durchaus erforderlich, daß es sich um chemisch reines Bromstrontium handelt. Die meisten im Handel befindlichen Strontiumsalze sind mit Barium verunreinigt; in diesem Falle sind die Nebenwirkungen des Bromstrontium noch unerfreulicher wie die des Bromkalium. Was die Dosierung anbelangt, so gibt Verf. 0,6—0,9 g dreimal täglich, allmählich steigend bis zu dreimal 1,8 g. In manchen Fällen empfiehlt sich die Verabreichung einmaliger größerer Dosen 3,6—4,8 g.

Kölpin.

Ganter: Über die Beschaffenheit des Schädeldaches und über einige innere Degenerationszeichen.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXV, 6.)

Die Beschaffenheit des Schädeldaches ist außer Beziehung zur Art der psychischen Krankheit, zu Alter, Krankheitsdauer, Körperlänge, Körpergewicht; möglicherweise aber entspricht ein dünneres Dach einem höheren Hirngewicht.

Die inneren Degenerationszeichen sind am häufigsten bei Dementia praecox und Epilepsie, dann bei senilen Störungen und Paralyse. Im ganzen kommen sie bei 21,5% der Fälle vor, am meisten an Leber und Milz.

Chotzen.

O. Leers: Zur forensischen Bedeutung des Exhibitionismus. Vortrag, gehalten auf der 79. Versammlung d. Naturf. und Ärzte in der Abt. f. gerichtl. Medizin, Dresden, Sept. 1907.

Leers bespricht eingehend elf sog. Grenzfälle zweifelhafter Geistesverfassung, die wegen Exhibition angeklagt waren und in der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zu Berlin zur gerichtsärztlichen Untersuchung kamen. Dreimal fanden sich epileptiforme Erscheinungen, vier Fälle zeigten Imbezillität bzw. degenerative Geistesbeschaffenheit, drei weitere waren zur Zeit der Tat pathologisch berauscht. Nur in einem Falle konnte der § 51 des St.G.B. nicht bejaht werden, aber auch hier war eine gewisse Minderwertigkeit der Persönlichkeit nicht zu verkennen. Die Bestrafung ist durchweg ohne Einfluß, es kommt fast stets zu Rücktällen nach mehr oder weniger langer Zeit. Die Zubilligung mildernder Umstände bedeutet für den Exhibitionisten keinen Nutzen, für die Gesellschaft einen Nachteil. Gesetzliche Einweisung zu einem Heilversuche wäre zunächst überall da am Platze, wo krankhafte Einflüsse bei Begehung der Tat mitspielen. In jedem Falle ist ärztliche Begutachtung bzw.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beobachtung angebracht, was noch nicht immer der Fall ist. Der unheilbare rückfällige Exhibitionist ist als gemeingefährlich dauernd zu verwahren.

Otto Schütz (Chemnitz): Anatomische Befunde an Rückenmark und Nerven bei einer Morphinistin.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 157—159.)

Bei der Sektion eines 23jährigen Mädchens, die an Arthritis deformans gelitten und wahrscheinlich infolge dieser ca. 10 Jahre zurückdatierenden Krankheit zur Morphinistin geworden war, wurden im Rückenmark, das im Chemnitzer pathologischen Institut in allen Fällen chronischer Arthritis systematisch untersucht wird, Strangveränderungen gefunden. Es bestand Degeneration der Nervenfasern in den Seiten- und Hintersträngen im ganzen Verlauf, aber von oben nach unten abnehmend, außerdem Degeneration der Wurzeln und kleine zerstreute leicht sklerotische Herde mit Ausfall von Nervenfasern in den Hintersträngen des Halsmarks, sowie schließlich Degenerationen an peripheren Nerven. Tabische Erscheinungen hatten bei dem syphilisfreien Mädchen nie bestanden, auch Anämie und Diabetes, Alkoholismus waren nicht vorhanden gewesen. Es bleibt, da die Rückenmarksveränderungen offenbar jüngeren Datums sind, als die Arthritis, nur übrig, diese auf die chronische Morphiumintoxikation zu beziehen, zumal Nonne ähnliche Veränderungen bei chronischem Alkoholismus gefunden hat.

Hoppe (Königsberg).

Karl Birnbaum: Simulation und vorübergehende Krankheitszustände auf degenerativem Boden.

(Ärztliche Sachverst.-Zeitung 1909, Nr. 3.)

Nach einer trefflichen Schilderung der bei Untersuchungsgefangenen vorkommenden transitorischen Zustände, die den Charakter des Absichtlichen, Simulierten tragen, legt Birnbaum die Gründe dar, weshalb er in solchen Fällen doch an echte Geisteskrankheit, nicht an Simulation glaubt. Manches von dem, was er sagt, ist richtig; aber er verfällt doch, wie viele seiner Vorgänger, in den Fehler, scharfe Grenzen zwischen echter Geisteskrankheit und bewußter Simulation ziehen zu wollen, wo in Wirklichkeit gar keine Grenzen existieren. Er hat recht, wenn er, was vor ihm schon Bonhöffer tat, auf die exquisite Oberflächlichkeit, Labilität und Beeinflußbarkeit der Degenerierten hinweist und daraus dann die Absonderlichkeit der produzierten Krankheitsbilder ableitet; er hat aber nicht recht, wenn er behauptet, daß alles, was über die Simulationsabsicht hinausgeht, ein Krankheitsvorgang, eine echte Geisteskrankheit ist. Es wird Birnbaum gehen, wie schon manchem vor ihm, daß er allmählich von der völligen Ablehnung des Vorkommens echter Simulation wieder abkommt. Meist geht es dem Psychiater, der viele solche Fälle sieht, so: anfangs ist er leicht geneigt, Simulation anzunehmen, dann verfällt er nach einigen lehrreichen Erfahrungen ins andere Extrem und getraut sich nicht mehr an die Simulation heran, und endlich mit größerer Erfahrung lernt er einsehen, daß hier alles extreme „aut-aut" verfehlt ist. Degenerierte Menschen suchen sich oft den Folgen ihrer Handlungen durch Simulation von Geisteskrankheit, Bewußtlosigkeit zu entziehen. Die Absicht, zu simulieren, ist das Produkt der Überlegung und manchmal bleibt auch diese Überlegung während der fiktiven Psychose bestehen (vergleiche die zwei Fälle, die Riehm aus meiner Klinik beschrieben hat). In

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anderen Fällen steigert sich das labile degenerierte Individuum allmählich in die gewollte Situation so hinein, daß ihm die Herrschaft über sich selbst allmählich aus den Händen gleitet: es kommt zum hysterischen oder degenerativen Erregungszustand, zur psychogenen Bewußtseinstrübung oder wie man das Ding nennen will. Es ist wie beim leidenschaftlichen Schauspieler: im Anfang ist noch alles bewußte und sorgfältig studierte Kunst, der Künstler steht noch über der Situation, allmählich geht er in seiner Rolle auf, die Tränen, die er weint, sind echt, er vergißt, daß er der Schauspieler X. ist und nicht der Lear oder Hamlet. Alle theoretischen Versuche, hier scharfe Scheidungen zu machen, scheitern an der tatsächlichen Unmöglichkeit scharfer Grenzbestimmung. Es kann also kein Zweifel sein: manche degenerierten Verbrecher betrügen in der Form der Fiktion einer Psychose, wie sie vorher auf andere Weise betrogen haben. Manche leben sich allmählich dabei in einen „pathologischen" Affekt- und Bewußtseinszustand hinein (Bonhöffer's Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins), aus dem bewußten Schwindler wird zuletzt ein unbewußter oder halbbewußter. Natürlich gehören zu dieser Gruppe nicht die schweren Formen von Dämmerzuständen, in denen die tiefe Bewußtseinstrübung ohne weiteres einleuchtet. Gaupp.

Donath: Hysterische schlafähnliche (lethargische) Zustände.
(Wiener klin. Wochenschr. 1908, Nr. 50.)

Vgl. das Referat von Epstein über die gleichlautende ungarische Arbeit. Kasuistische Mitteilung. Gaupp.

J. H. Schultz: Psychoanalyse.
(Zeitschr. für angewandte Psychologie, Bd. II, 1909.)

Ein gut orientierendes historisches Übersichtsreferat über die Entwicklung der Freud'schen Lehren und ihre Aufnahme in der wissenschaftlichen Welt. Gaupp.

Organische Erkrankungen des Nervensystems.

A. Lourié (Berlin): Über die Augenbewegungen bei Kleinhirnreizung.
(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 102—107.)

Im Anschluß an seine übrigen Untersuchungen über Kleinhirnreizung (s. d. Zentralbl.) teilt L. seine Resultate bezüglich der Augenbewegungen bei Kleinhirnreizungen mit. Diese an Hunden gewonnenen Resultate stimmen völlig überein mit den Erfahrungen Munk's, der bei seinen Tieren trotz Entfernung des ganzen Kleinhirns keine Augenstörungen beobachtete. L. kannte von keiner Stelle des Kleinhirns durch Reizung eine prompte Augenbewegung, nur an zwei Stellen, dem höchsten Punkt (neben dem Wurm nach oben, dem Großhirn zugekehrt) und der Gegend der Flocke ließen sich langsame schleichende Augenbewegungen auslösen, an jener ein langsames Rollen des Auges nach der Seite und nach oben (das nach dem Flocculus zu abnimmt), an dieser ein heftiges Zwinkern der Augenlider. Nach L. werden diese Bewegungen offenbar durch Stromschließen bewirkt, die dort den dicht unter dieser Stelle gelegenen N. trochlearis (sowie die Hirnhügel, die Mündung des Aquäduktus und den Boden des vierten Ventrikel), hier den unter dem Flocculus gelegenen N. facialis trifft. Hoppe (Königsberg).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

B. Shima (Japan): Zur Frage der nach Adrenalinwirkung auftretenden Veränderungen des Zentralnervensystems.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 159—160.)

Die Untersuchungen an jungen Kaninchen, die täglich oder alle zwei Tage 0,1—0,5 ccm Adrenalin erhielten, ergaben Veränderungen des Parenchyms und zwar hauptsächlich der Nervenzellen (Schrumpfung mit korkzieherartig gewundenen Dendriten), Degeneration und Verdickung der Gefäßwand bis in die Kapillaren mit perivaskulären Anhäufungen von Rund- und Plasmazellen und Hämorrhagien, Wucherung des Ependyms der Ventrikel sowie schließlich produktive Entzündung der Pia mit Verbreiterung der darunter gelegenen Glia.

Hoppe (Königsberg).

Albert Adamkiewicz: Hemiplegia pseudohysterica.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 98—102.)

Der Fall von apoplektischer Halbseitenlähmung, der nach A. alle Charaktere einer hysterischen Lähmung trug, betraf eine 50jährige Frau, die infolge einer heftigen psychischen Erregung plötzlich eine völlige Lähmung und Anästhesie der linken Körperhälfte bekam, während die höheren Sinne sowie Hypoglossus und Facialis intakt waren. Nur die Beweglichkeit des Kopfes war nach links leicht behindert und die linke Gesichtshälfte war bis zur Mitte gefühllos. Auch die Anästhesie für alle Qualitäten am Rumpf schnitt genau in der Mittellinie ab. Nachträglich sprach die plötzliche Entstehung der Affektion infolge einer psychischen Erregung, die Verbindung mit vollständiger Hemianästhesie und das psychische Verhalten für Hysterie. Nun betont A, daß Patientin psychisch völlig intakt war, daß der Anfall ihre Aufregung nicht steigerte, sondern sie umgekehrt zur Besinnung gebracht hatte. Wie hier das psychische Verhalten für Hysterie sprechen soll, ist Referent nicht klar geworden, es spricht gerade gegen Hysterie, wie das Fehlen halbseitiger Störungen der vier höheren Sinne. Daß eine Hemiplegie vorlag, trotz Fehlens von psychischen und aphasischen Störungen und obgleich eine Beteiligung des Fazialis-Hypoglossus fehlte, das zeigte nach A. die von A. angegebene „Sinapiskopie", indem durch Reizung der hemianästhetischen Seite mit einem Senfteig zwar die Anästhesie schwindet, aber nicht, wie bei Hysterischen, auf die gesunde Seite übertragen wird, und das wurde auch durch den weiteren Verlauf sichergestellt, indem die Anästhesie vollkommen wich, die Lähmung aber nur teilweise zurückging.

Hoppe (Königsberg).

Germanus Flatau: Über hereditären essentiellen Tremor.

(Archiv f. Psychiatrie, Bd. 44, Heft 1.)

Die Krankheit trägt ausgesprochen familiären Charakter. Verfasser demonstriert dies an genealogischen Tafeln, darunter zwei eigenen Beobachtungen von Zittererfamilien. Wesen und Ursachen der Krankheit sind unbekannt, Verfasser lehnt die ursächliche Bedeutung von Alkohol und anderen chronischen Intoxikationen, Traumen, schweren Krankheiten usw. ab. Falsch ist die Behauptung, daß die Krankheit besonders in degenerierten Familien auftritt. Sie besteht aus einem Symptom, dem Zittern, das allerdings nach Auftreten, Lokalisation und Eigenart sehr vielgestaltig ist. Häufig ist es lokal und dann zumeist an Armen und Händen vorhanden. Meist ist es dauernd vorhanden,

Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

trägt bei den einen den Charakter des statischen Tremors, bei den anderen den des Intentionstremors, und ist gewöhnlich schnell- und feinschlägig. Gesteigert kann es durch jede Bewegung werden, am häufigsten aber durch psychische Einflüsse, in der Ruhe kann es ganz sistieren oder wenigstens erheblich nachlassen, im Schlaf hört es auf. Der Verlauf ist sehr verschieden, völlige Heilung äußerst selten. Anatomische Grundlagen kennt man keine. Die Diagnose ist leicht, auszuschließen sind seniler, neurasthenischer und alkoholischer Tremor und das Zittern bei multipler Sklerose, familiärer Pseudosklerose und Paral. agitans. Das Leiden ist selten progressiv. Therapie: Abhaltung von Schädlichkeiten, Hydrotherapie, Hypnose, Sedativa.

Finckh (Nieder-Schönhausen).

Dr. Gaupillat et Regnault: Amblyopie und einseitige vollständige Lähmung des Okulomotorius im Anschluß an eine Verletzung des Auges.

(Die ophthalmologische Klinik XII, 1908, S. 427—430.)

Ein junger Schüler einer Kriegsschule wird mit dem Ende eines Wischstockes gegen das linke Auge gestoßen, wodurch nur eine unbedeutende Blutung unter der Bindehaut und im unteren Lide entsteht, aber eine vollständige Erblindung des verletzten Auges. Die ärztliche Untersuchung ergibt am nächsten Tage eine vollständige Lähmung des l. Okulomotorius mit Ptosis, Mydriasis, aufgehobener Pupillarreaktion und Exophthalmus. Der Augenhintergrund zeigt nichts Abnormes, gewöhnliches helles Tageslicht wird kaum wahrgenommen, wohl aber das vom Augenspiegel reflektierte Licht, jedoch nur in der unteren Gesichtsfeldhälfte. Das Sehen besserte sich allmählich, so daß 20 Tage nach der Verletzung Finger in $1\frac{1}{2}$ m Abstand gezählt wurden. Auch die Okulomotoriuslähmung ging allmählich zurück, so daß zwei Monate nach dem Unfall weder subjektiv noch objektiv krankhafte Erscheinungen nachzuweisen waren. Der Fall wird als hysterische Amaurose angesehen. Auch die Okulomotoriuslähmung wird als hysterisch betrachtet, dabei aber die Möglichkeit erörtert, daß sie durch eine Blutung in das peribulbäre Gewebe bedingt worden sein könne, was ich für wahrscheinlicher halte.

Groenouw (Breslau).

Dr. Robert Hesse (Graz): Studien über die hemiopische Pupillenreaktion und die Ausdehnung des pupillomotorischen Bezirkes der Netzhaut.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde XLVII, Jahrgang 1909, S. 33—55.)

Die Existenz einer hemiopischen Pupillarreaktion ist vielfach angezweifelt worden und zwar einerseits, besonders von Heddaeus, aus theoretischen Gründen, da die Netzhaut nur im Zentrum, nicht auch in den peripheren Teilen reflexempfindlich sei, andrerseits wurde die praktische Ausführbarkeit der Prüfung bestritten, da eine isolierte Beleuchtung verschiedener Netzhautteile infolge des diffus zerstreuten Lichtes unmöglich sei. Die Frage trat in ein neues Stadium, als Heß sein Pupillenperimeter angab, bei welchem die Lichtquelle in einem Kreisbogen um das Gesichtsfeldzentrum herum bewegt wird, um das Zerstreuungslicht, das die Makulagegend trifft und bei derartigen Versuchen nicht zu vermeiden ist, möglichst gleich zu halten. Die Makula löst nämlich die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kräftigste Pupillenreaktion aus, so daß, selbst wenn direkt blinde Stellen der Netzhaut, z. B. die Papilla optica, beleuchtet werden, das die Makula treffende Zerstreuungslicht eine Pupillenbewegung bewirken kann. Verfasser wiederholte zunächst die Heß'schen Versuche, indem er einerseits zuerst den blinden Fleck, dann eine nach oben oder unten von ihm gelegene sehende Netzhautstelle beleuchtete, andrerseits zwei verschieden adaptierte periphere Netzhautpartien (die eine war durch helles Licht stark geblendet worden) nacheinander beleuchtete und die Pupillenreaktion entoptisch beobachtete. Er konnte in beiden Fällen, wie Heß, keine Reaktion der Pupille feststellen. Auch die Untersuchung von drei Patienten mit Gesichtsfelddefekten, welche es ermöglichten, das Reizlicht von einer peripheren blinden auf eine gleichweit vom Zentrum der Retina gelegene sehende Netzhautpartie überzuführen, ergab zuweilen, aber durchaus nicht konstant, eine Pupillenverengerung, so daß letztere vielleicht als Ausdruck des Haab'schen Hirnrinden(Aufmerksamkeits-)reflexes angesehen werden kann. Auch nach eigener Methode angestellte Versuche des Verfassers ergaben kein sicheres Resultat. Er benutzte hierzu den Dimmer'schen Apparat zur Photographie des Augenhintergrundes, welcher es ihm durch eine geeignete Vorrichtung ermöglichte, einen kleinen Lichtpunkt kreisförmig um das Zentrum der Netzhaut herumzuführen und so bald die vorher stark beleuchtete, bald die nicht beleuchtete Netzhauthälfte zu reizen. Die möglichst grelle Beleuchtung der einen Netzhauthälfte erfolgte unmittelbar vor dem Versuche durch den Dimmer'schen Apparat mit halber Abblendung. Aber auch hierbei löste nur zuweilen die Überführung des Reizlichtes von den geblendeten auf die nicht geblendeten Teile der Netzhaut die für die Reflexempfindlichkeit der gesamten Netzhaut beweisende Pupillenverengerung aus. Verfasser schlug nun einen anderen Weg ein, er versuchte zunächst, die Reizschwelle für die Auslösung der Pupillenreaktion bei den verschiedenen Adaptationszuständen zahlenmäßig zu bestimmen. Hierzu benutzte er das etwas veränderte Förster'sche Photometer, in welches er mit dem einen Auge blickte, während das andere entoptisch die Pupillarreaktion beobachtete. Es fand sich, daß bei dunkeladaptiertem Auge eine Öffnung des Beleuchtungsfensters von 2,5 mm, nach eine Minute langer, starker Blendung des Auges aber von 24 mm Durchmesser erforderlich war, um Pupillarreaktion auszulösen. Das Verhältnis der die Reizschwelle bezeichnenden Lichtmengen war also $(2{,}5)^2 : (24)^2$ oder 1 : 92. Wurde das Netzhautzentrum nicht direkt geblendet, sondern nur von anderen Teilen des Fundus aus durch diffus zerstreutes Licht eine Minute lang erleuchtet, indem das Zentrum des Lichtkegels durch einen runden schwarzen Karton abgeblendet und nur ein ringförmiger Teil des Fundus erleuchtet wurde, so betrug dasselbe Verhältnis 1 : 36. Es wird also durch diffuses Licht die Dunkeladaptation der Netzhautmitte so erheblich gestört, daß die Reizschwellen für die durch diffuses und die durch sehr helles Licht vorher beleuchtete Netzhaut sich wie 92 : 36, d. h. 2,3 : 1 verhalten. Dieser Unterschied ist aber ein so geringer, daß man den Versuchen, durch Beleuchtung verschieden adaptierter Netzhautteile einen Schluß auf die Reflexempfindlichkeit der Netzhautperipherie zu ziehen, keine Beweiskraft zumessen kann. Eine zufällige Beobachtung lenkte die Untersuchungen in andere Bahnen. Als Verfasser nämlich zufällig den Blick so weit seitlich wandte, daß Licht auf Netzhautteile fiel, welche so peripher lagen, daß sie nicht mehr vom Blendungslicht getroffen worden waren, trat eine deutliche

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verengerung der Pupille auf, während eine solche bei gerader Blickrichtung und derselben Lichtstärke noch nicht nachzuweisen war. Dadurch ist bewiesen, daß die Netzhaut auch in den peripheren Bezirken reflexempfindlich ist. Das Mißlingen der früheren Versuche beruht demnach wahrscheinlich darauf, daß die Makula ein großes Übergewicht über die Netzhautperipherie besitzt in bezug auf Reflexempfindlichkeit. Der Reiz zur Pupillenverengerung setzt sich nämlich aus zwei Komponenten zusammen, aus dem Reiz der direkt beleuchteten Netzhautstelle und aus dem der diffus beleuchteten Netzhautmitte. Je größer letztere Komponente ist, mit desto geringerem Wert fällt die erste ins Gewicht. Um nun den Einfluß der Makula auszuschalten, blendete Verfasser nicht nur die eine Netzhauthälfte, sondern gleichzeitig auch das ganze Netzhautzentrum mit, und erreichte dadurch durchaus eindeutige Ergebnisse, indem stets Pupillarreaktion auftrat, wenn das Licht von der geblendeten auf die nicht geblendete Netzhautpartie überging, selbst 45—50° seitlich gelegene Netzhautteile lassen sich so als sicher reflexempfindlich nachweisen. Groenouw (Breslau).

Knapp: Simulation einer Tastlähmung.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908. Nr. 22.)

Bei dem besprochenen Fall, der als Folge einer Schädelverletzung — etwa über der vorderen Zentralwindung — zunächst neben anderen Herderscheinungen eine wirkliche Störung des stereognostischen Sinnes dargeboten hatte, konnte später durch die Widersprüche und die anderen Eigentümlichkeiten des Befundes, vor allem auch durch die Prüfung der Weber'schen Tastkreise Simulation nachgewiesen werden. Müller (Dösen).

Weber (Weißensee-Berlin): Unfall als mitauslösende Ursache eines Schlaganfalls. Ein späterer neuer Schlaganfall nicht Unfallfolge.

(Med. Klinik 1909, Nr. 3.)

Ein Arbeiter erlitt eine linksseitige Hemiplegie infolge Hämorrhagie bei einer verhältnismäßig leichten Arbeit (Schlagen eines Bandeisens mit einem Hammer), die aber als auslösendes Moment betrachtet wurde, so daß der Betroffene Rente erhielt. Nach über 6 Jahren trat ein Rezidiv ein (wiederum linksseitige Hemiplegie), dem Patient erlag. Ein Arzt konstatierte einen Zusammenhang dieser Attacke mit der ersten, andere Gutachter verneinten ihn, so daß die Ansprüche auf Hinterbliebenenrente in allen Instanzen zurückgewiesen wurden. Liebetrau (Hagen i. W.).

K. Malling (D): Astereognose.

(Hosp. Tid. 1908, Nr. 49.)

An der Hand der vorliegenden Veröffentlichungen und eigener Untersuchungen glaubt Verf. ausschließen zu können, daß eine engere zentrale Redaktionsstelle für den stereognostischen Sinn zu finden ist. Die Astereognose rührt immer von Störungen einfacherer Empfindungsqualitäten her, unter denen der „Muskelsinn" und der Weber'sche Sinn die vornehmste Rolle spielen. Die vereinzelt vorliegenden Fälle „reiner" Astereognosis lassen sich ungezwungen als Überbleibsel früher mehr kompletter Empfindungsstörungen auffassen.

Wimmer (Kopenhagen).

Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Rossi (Florenz): Dati statistici e considerazioni critiche sulla prova di Wassermann nella diagnosi della sifilide, della tabe e della paralisi progressiva.

(Riv. d. Pat. nerv. e ment. XIV, 1.)

Eine längere Arbeit, in der Verf. zu dem Schluß kommt, daß die Wassermann'sche Serodiagnostik ein wertvolles Hilfsmittel bei der Diagnose sogenannter metasyphilitischer Erkrankungen des Nervensystems sei. In der Regel erhalte man bei solchen Affektionen, auch wenn sie noch nicht sehr vorgeschritten, ein positives Resultat. Immerhin könne man beim jetzigen Stande der Kenntnisse nicht mit Sicherheit aussprechen, daß das positive Resultat aus einer Reaktion zwischen Antigenen und spezifischen Antikörpern herstamme; daher lasse es keinen sicheren Schluß zu auf die Ätiologie bestimmter nervöser Krankheitsformen. Wolff (Katzenelnbogen).

Rolleston: The treatment of diphtheritic paralysis by antitoxin.

(Lancet 1908.)

Je früher bei Diphtherie die Serumbehandlung einsetzt, desto seltener werden sich später Lähmungen einstellen und desto milder werden sie verlaufen. Verf. sah unter 1500 Fällen von Diphtherie 335mal Lähmungen. Von den am ersten Tag der Erkrankung mit Injektionen behandelten Kranken traten Lähmungen nur bei 4,9 % auf, bei den am zweiten Tag Injizierten in 15,6 % und bei den am fünften Tag Injizierten in 31,4 %. — Wenn die Lähmungen bereits vorhanden, ist die Behandlung mit Antitoxinen zwecklos; falls doch einmal günstige Resultate beobachtet sind, so sind diese auf psychotherapeutische Momente zurückzuführen. Kölpin.

De Schweinitz and Holloway: The operative treatment of papilloedema (choked disk) with special reference to decompressing trephining.

(Univ. of Penna. Med. Bullet., Bd. XXI, Nr. 11.)

Die rationellste Therapie der durch intrakranielle Drucksteigerung hervorgerufenen Stauungspapille ist die Eröffnung der Schädelhöhle, wenn möglich natürlich mit Entfernung eines etwa vorhandenen Tumors. Je früher man sich zur Operation entschließt, desto besser wird der Erfolg in bezug auf die Erhaltung der Sehschärfe sein. Kölpin.

Orbison: Trophic hemiatrophy: complete trophoneurosis.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Nov. 1908.)

Atrophie mäßigen Grades der ganzen linken Körperseite. Die Knochen waren nicht beteiligt. Reflexe vorhanden, keine Sensibilitätsstörungen. Geringe Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit. Die motorische Kraft war nicht nachweisbar vermindert, trotzdem vermied Pat. es, die linke Hand zu gebrauchen, „weil er sich nicht darauf verlassen könne". Auf psychischem Gebiet bestanden bei dem Kranken schon seit der Jugend eigenartige chokähnliche Zustände ohne Bewußtseinsverlust (psychische Epilepsie?). — Als der Kranke zur Beobachtung kam, stand er im Alter von 26 Jahren; die ersten Zeichen der Erkrankung hatte er 7 Jahre vorher bemerkt. Kölpin.

Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Allen: Delayed apoplexy (Spätapoplexie) with the report of a case.
(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Dez. 1908.)

Zum Begriff der traumatischen Spätapoplexie gehört nicht immer eine Blutung; es kann sich auch um eine Gefäßthrombose mit nachfolgender Erweichung handeln. Das war der Fall bei der vom Verf. mitgeteilten Beobachtung; zwischen Trauma und Einsetzen der Lähmung lagen hier 10 Tage. — Bei den Spätapoplexien mit Blutungen ist nicht notwendig, daß zunächst das Gewebe in der Umgebung des betreffenden Gefäßes erweicht und die Widerstandsfähigkeit des letzteren gegenüber erhöhtem Blutdruck herabgesetzt wird, sondern es kann auch nach Langerhans' Ansicht eine primäre Läsion des Gefäßes durch das Trauma vorliegen. Kölpin.

E. Schröder (Galkhausen): Zur Kasuistik der Zerebellarhämorrhagien.
(Neurol. Zentralblatt 1908, S. 150—153.)

In Übereinstimmung mit den statistischen Untersuchungen anderer Autoren, die unter ihrem Material an Hirnhämorrhagien nur eine verhältnismäßig geringe Anzahl von Kleinhirnblutungen gefunden haben (5,4 %—16,8 %), konnte S. bei Durchsicht der Sektionsprotokolle der Anstalt Galkhausen aus den letzten 5 Jahren unter 56 älteren und frischen Hirnblutungen nur 3 ermitteln, die das Kleinhirn, und nur eine, die es allein betroffen hatte (5,3 % bzw. 1,8 %). Diesen Fall teilt S. näher mit. Er betrifft ein 80jähriges Fräulein mit Dementia senilis, die 6 Jahre lang als eine nörgelnde und schimpfende, von Gehörstäuschungen gequälte Patientin in der Anstalt geweilt hatte, am Morgen ihres Exitus über Übelbefinden klagte, mittags plötzlich benommen, komatös und zyanotisch wurde, rechtsseitige Fazialislähmung (aber kein Erbrechen, keine Krämpfe) zeigte und bald darauf verschied. Die Untersuchung ergab neben allgemeiner Arteriosklerose, Herzhypertrophie usw. eine kirschgroße Blutung im linken und eine kleinapfelgroße im rechten Zerebellum. Die Fazialislähmung beruhte nach S. wohl auf direktem Drucke des Fazialis. Hoppe (Königsberg).

Heile: Zur Behandlung des Hydrozephalus.
(Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 34.)

Vom diesjährigen Chirurgenkongreß. Versuch mit Dränage vom Spinalkanal in die Bauchhöhle, natürlich nur bei offenem Foramen magendii.
Müller (Dösen).

Hochhaus: Über Hirnerkrankungen mit tödlichem Ausgang ohne anatomischen Befund.
(Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 39.)

In 7 Fällen mit schweren Hirnerscheinungen ergab der Sektionsbefund keine befriedigende Erklärung; meist mußte man eine Kreislaufstörung durch Arteriosklerose oder Herzfehler vermuten. Die Beachtung derartiger Fälle ist vor allem für die Frage der operativen Behandlung wichtig. Müller (Dösen).

Booth: Report of a case of Myasthenia gravis pseudoparalytica with negative pathological findings.
(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Nov. 1908.)

Typischer Fall von asthenischer Bulbärparalyse bei einem 11jährigen Knaben. Plötzlicher Beginn nach Entfernung adenoider Wucherungen. Tod

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erfolgte durch Respirationslähmung. Die anatomische Untersuchung des zentralen und peripheren Nervensystems sowie der Muskeln hatte ein durchaus negatives Ergebnis. Kölpin.

Rhein: A case of apraxia, with autopsy.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Okt. 1908.)

55jähriger Mann; war bei seiner Aufnahme bereits blind (aus zentraler Ursache). Vollständiger Verlust des Lagegefühls, wußte nicht, ob er stand oder saß; Berührungen konnten nicht lokalisiert werden, es bestand Tastlähmung; Berührungs- und Temperaturempfindung an der linken Hand, die übrigens leichte Kontrakturen zeigte, waren gestört. Mit dieser Hand konnte keine willkürliche Bewegung ausgeführt werden, nur reflektorische(?) Bewegungen waren möglich, so konnte Pat. ein Taschentuch aus der Hosentasche ziehen und sich die Nase putzen. Die rechte Hand war apraktisch, und apraktische Erscheinungen zeigten sich auch beim Kauen und Gehen. Sprache und Intelligenz waren nicht nachweisbar gestört. — Die Autopsie ergab eine wahrscheinlich durch arteriosklerotische Erweichungen bedingte Degeneration der weißen Substanz an der Konvexität des rechten Okzipitallappens, des Parietal- und des hinteren Teils des Schläfenlappens. Rechts war auch das untere Längsbündel sowie die Sehstrahlung degeneriert, links wahrscheinlich auch, aber lange nicht so intensiv. Auch die weiße Substanz an der Außenseite des linken Okzipital- und des Parietallappens war in sehr viel geringerer Weise affiziert wie rechts, die Gegend der Fissura calcarina war beiderseits intakt, dagegen war die hintere Partie des Balkens degeneriert.

Verf. gibt selbst zu, daß der anatomische Befund nicht geeignet ist, alle klinischen Erscheinungen, wie z. B. den vollständigen Verlust des Lagegefühls, zu erklären. Ja nicht einmal von der Blindheit kann mit voller Sicherheit behauptet werden, ob es sich — wie Verf. annimmt — um eine kortikale Blindheit gehandelt hat, oder ob, wie frühere Beobachter des Falles annahmen, der Kranke seelenblind war. Kölpin.

Orton: A pathological study of a case of hydrocephalus.

(Amer. Journ. of Insanity, Bd. 65, Nr. 2.)

Das untersuchte Gehirn stammt von einem 46jährigen Imbezillen mit mittelstarkem Hydrozephalus (Hirngewicht 1300 g, nach Abfluß des Ventrikelinhalts 960 g). Der Hydrozephalus stammte wahrscheinlich aus den ersten Lebensmonaten. Der Aquaeductus sylvii war fast ganz obliteriert.

Verf. gibt eine sehr eingehende Beschreibung der Hirnoberfläche und der Architektonik der verschiedenen Rindenterritorien, wobei er sich hauptsächlich an die Arbeiten Campbell's anlehnt (auffallenderweise werden die bekannten Arbeiten Brodmanns auf diesem Gebiet gar nicht erwähnt). Die gefundenen Anomalien der Hirnfurchung finden sich auch beim Normalen; auch die Abweichungen in der Ausdehnung der kortikalen Zonen waren meist nur unbedeutend. Auf Einzelheiten kann im Rahmen eines Referats nicht eingegangen werden. Der Arbeit ist eine Reihe guter Abbildungen beigegeben.

Kölpin.

Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

R. Giani: Über einen Fall von Endotheliom des Ganglion Gasseri.
(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. XIX, 1908, S. 457.)

Klinische und pathologisch-anatomische Arbeit mit Berücksichtigung der bisher in der Literatur niedergelegten Fälle. Anatomisch interessant war die Tatsache, daß eine Kombination von Endotheliom und Tuberkulose vorlag. — Die bisherigen Erfolge der Operationen ermutigen nicht sehr zu dem Eingriff, der aber häufig durch die unerträglichen Schmerzen dringend gefordert wird.
G. Liebermeister (Köln).

G. Söderbergh (S): Et fall af hjärntumör. Operation. Hälse und defekt.
(Hygiea 1908, Nr. 7.)

Tumor (Sarkom) im rechten Frontallappen, der anfangs an Hysterie denken ließ und wohl auch mit Hysterie kompliziert war. Die Operation förderte im rechten Frontallobus, sich in die vordere Zentralwindung erstreckend, ein abgekapseltes, 60 g wiegendes Piasarkom zutage. Es blieb eine Hemianopsie und rechts starke Hemiparesis zurück.
Wimmer (Kopenhagen).

Karl Dahlgreen (S): Operabilität der Kleinhirngeschwülste.
(Hygiea 1909, Nr. 1.)

Mitteilung über vier Fälle von Kleinhirntumoren, in denen Verf. die operative Entfernung versucht hat. In den ersten zwei Fällen (Akustikustumoren) ließ sich die Geschwulst nicht entfernen; im dritten Falle wurde sie bei der Operation nicht aufgefunden (mediale, basale Lage); diese drei Patienten starben gleich nach der Operation. Im vierten Fall handelte es sich um eine Zyste des Kleinhirns; breite Eröffnung der Zyste (und späterhin ein paar Punktionen) ergab eine beträchtliche Besserung im Befinden des Patienten.
Wimmer (Kopenhagen).

Cortesi (Venezia): Un caso di afasia totale per lesione sottocorticale della zona di Broca e della zona di Wernicke.
(Estr. d. Rivist. d. Pat. nerv. e ment. XIII, 8.)

Mehrere Herde hatten in diesem Falle die Fasern der dritten und eines Teiles der zweiten Frontalwindung linksseitig mitsamt dem Fasc. ast. und Long. sup., weiterhin die Fasern des hinteren Drittels der beiden ersten Temporalwindungen beiderseits zerstört; die mittlere Schicht der Balkenfasern war degeneriert. Die Krankheit begann bei dem 49jährigen Pat., der an starker Arteriosklerose litt, mit Paraphasie und sensorischer Aphasie, auf die motorische Aphasie bald folgte. Außerdem bestand Verwirrtheit, hochgradige Demenz und Apathie und Desorientiertheit, welche letzteren Symptome Verf. der Balkenaffektion zurechnet. Der Fall ist speziell beschrieben im Hinblick auf die Marie'sche Publikation. Auch C. kann, wie andere Autoren, nicht finden, daß die motorische Aphasie von etwas anderem abhängen könne als von einer Affektion des Fußes der dritten Stirnwindung resp. des Marks derselben, allenfalls kann man diesem Zentrum noch eine etwas größere Ausdehnung zuschreiben. Linsenkern- und Inselregion waren intakt, was sehr wichtig ist, da hier Marie den Sitz seiner „Anarthrie" sucht.
Wolff (Katzenelnbogen).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Spiller: The symptom-complex of the lesion of the uppermost portion of the anterior spinal and adjoining portion of the vertebral arteries.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Dez. 1908.)

Verf. bespricht den Symptomenkomplex, den man bei Verschluß des oberen Endes der Arteria spin. anter. und des angrenzenden Stückes der Artt. vertebrales zu erwarten hat. Da die Artt. spin. anter. die vorderen und mittleren Partien der Medulla oblongata versorgen, kommt es zu Lähmungen der Nacken-, Rumpf- und Extremitätenmuskulatur, die uni- oder bilateral sein kann, je nachdem sich beide Arterien früher oder später zu einem Stamm vereinigen. Die Zunge pflegt nicht gelähmt zu sein, dagegen kann es zu Störungen der Tiefensensibilität kommen. — Mitteilung eines einschlägigen Falles.

Kölpin.

H. Curschmann (Mainz): Beitrag zur sakralen Form der multiplen Sklerose und zur Dissoziation der Potenzstörung hierbei.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 107—112.)

Bei einem 39jährigen Landwirt ohne Lues und Potus entwickelten sich zunehmende Gehstörungen (Schmerzen, Steifigkeit und Unbeholfenheit) vorzugsweise im linken Beine, weiterhin Blasen- und Darmstörungen sowie eine dissoziierte Potenzstörung, indem Erektion, wenn auch abgeschwächt, vorhanden und die Immission möglich war, die Lustempfindung und der Orgasmus während der auffallend langsam erfolgenden Ejakulation aber fehlte. Die Untersuchung ergab noch spastische Ataxie, positiven Babinski, erhöhte Patellar-, schwache Achillesreflexe, schwachen Anal- und Bauchreflex, dissoziierte Sensibilitätsstörung perisakral und am Damm und Skrotum und in der Mitte des linken Ober- und Unterschenkels (Reithosenform), außerdem leichten Nystagmus, beim Blick nach rechts. Nach vorübergehender erheblicher Besserung der Geh-, der Sphinkteren- und der Potenzstörung erfolgte eine Zunahme der spastischen Ataxie der Beine, und es wurde nunmehr Zunahme des Babinski und temporale Abblassung der Papillen gefunden. Im weiteren Verlauf erhebliche Remissionen abwechselnd mit Exazerbationen, denen auch die dissoziierte Potenzstörung unterlag.

Die anfänglich noch differentialdiagnostisch in Betracht kommende spinale Lues wurde durch das Fehlen der Lymphozytose im Liquor cerebrospinalis ganz unwahrscheinlich.

Hoppe (Königsberg).

Kurt Mendel: Zur sakralen Form der multiplen Sklerose.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 112—114.)

M. teilt zwei Fälle bei Frauen im mittleren Alter ohne luetische Antezedentien mit, bei denen die anfänglichen Symptome, Blasen- und Mastdarmstörungen, Fehlen des Analreflexes und wesentlicher Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen an den Beinen, auf eine Konusläsion hindeuteten. Dazu kamen aber sehr lebhafte Achilles- und Patellarreflexe, Babinski'sches Phänomen, als nicht zum Bilde der Konusstörung gehörig fehlende Bauchreflexe, sowie im ersten Fall Nystagmus bei Blick nach links, im zweiten leichte temporale Abblassung der Papillen. Späterhin entwickelte sich in beiden Fällen das deutliche Bild der multiplen Sklerose. Aus den bisherigen Beobachtungen über sakrale Sklerose zieht M. folgendes Fazit: „Finden sich in einem auf Lues unverdächtigen Falle,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in dem Blasen-Darmstörungen, Fehlen des Analreflexes, Fehlen wesentlicher Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen an den Beinen, ev. Sensibilitätsdefekte „in Reithosenform" auf eine Konusläsion hindeuten, neben diesen Symptomen ein positiver Babinski, auffallend lebhafte Knie (oder Achilles-)reflexe, fehlende oder schwache Bauchreflexe (ev. noch Nystagmus und temporale Papillenblässe), so denke man stets an eine multiple Sklerose." Hoppe (Königsberg).

Kurt Bagh (Petersburg): Über Neuritis optica bei multipler Sklerose.
(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde XLVI, Jahrgang 1908, S. 10—19.)

Verf. beschreibt vier Fälle von Neuritis optica bei multipler Sklerose, in welchen sämtlich das Sehnervenleiden dem Auftreten weiterer Symptome des Allgemeinleidens vorausging, einmal um 10 Jahre. Die Sehstörung stellte sich in allen Fällen plötzlich ein und besserte sich sehr bald wieder. Zuweilen sind die Erscheinungen sehr schwankend und flüchtig. Groenouw (Breslau).

Rückenmarkskrankheiten.

D. de Vries-Reilingh: Über den Einfluß der Frenkel'schen Übungstherapie auf die Leitungsgeschwindigkeit im peripheren zentripetalen Neuron bei Tabes dorsalis.
(Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 66, 1908, S. 423.)

Die schönen, an einem Tabiker angestellten Untersuchungen, deren Lektüre im Original sehr zu empfehlen ist, führten zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Störung der Leitungsgeschwindigkeit betrifft das periphere zentripetale Neuron.
2. Die verschiedenen Empfindungsqualitäten haben verschiedene zentripetale Bahnen.
3. Die peripheren zentripetalen Bahnen der verschiedenen Empfindungsqualitäten sind verschieden.
4. Übung kann die verzögerte Leitungsgeschwindigkeit bei Tabes dorsalis wieder vergrößern.
5. Die Übung betrifft das periphere zentripetale Neuron.
6. Das Gefühl für die Lage und die Bewegungen der Beine, die Kontrolle der Bewegungen wird durch Übung gebessert.

G. Liebermeister (Köln).

Krankheiten der peripheren Nerven.

Patrick: Three cases of facial spasm treated by injections of alcohol.
(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Jan. 1909.)

Verf. hat drei Fälle von Spasmus des Fazialis mit Injektionen von 40 bis 75 %igem Alkohol behandelt. Die Injektion in den Nerven erfolgt an der Austrittsstelle desselben vor dem Processus mastoideus. Hat die Injektion den Nerven erreicht, so stellt sich sofort eine Lähmung des letzteren ein, die vom Kranken aber viel weniger unangenehm empfunden wird, wie vorher der Spasmus und auch nach einigen Monaten wieder verschwindet. Von drei Fällen, die Verf. bisher auf diese Weise behandelt, trat in zweien völlige Heilung ein; im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dritten war kein Erfolg sichtbar, wahrscheinlich, weil hier die Injektion den Nerven nicht erreicht hatte. Kölpin.

Pers (Kopenhagen): Über chirurgische Behandlung der Ischias.
(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 29.)

Pers hat 49mal die manuelle Lösung von perineuritischen Adhäsionen des Ischiadikus, besonders am Foramen ischiadicum, vorgenommen und berichtet über erstaunlich günstige Resultate, auch bei Komplikation mit Arthritis deformans. Müller (Dösen).

Flesch (Wien): Zur Behandlung der Ischialgie mit Lange'scher Kochsalzinjektion.
(Medizin. Klinik 1909, Nr. 1.)

Verf. geht von der richtigen Anschauung aus, daß die von Lange inaugurierte Injektionstherapie der Ischias, nur in einem Teil der Fälle wirksam, einmal diskreditiert wird, wenn sie kritiklos angewandt wird, dann aber auch Veranlassung gibt zur Zeitvergeudung, während inzwischen andere Verfahren mit Nutzen angewandt werden könnten. Er suchte deshalb an der Hand eines genau beobachteten, wenn auch kleinen Materials der Benedikt'schen Poliklinik nach Kriterien für geeignete Fälle und sieht sie vorwiegend im Erloschensein des Achillessehnenreflexes, auf der kranken Seite eventuell vergesellschaftet mit typischen Druckpunkten und Lasègue'schem Dehnungsschmerz. Das Erhaltensein des Patellarreflexes schützt vor Verwechslung mit tabischen Schmerzen. Flesch erblickt die Heilwirkung der Lange'schen Injektionen nicht in Lösung perineuritischer Adhäsionen, sondern in chemischen bzw. Resorptionsvorgängen. Liebetrau (Hagen i. W.).

Hunt: Occupation neuritis of the deep palmar branch of the ulnar nerve.
(Journ. of Nerv. and Ment. Disease. Nov. 1908.)

Als „Beschäftigungsneuritis des Ramus volaris profundus des Nervus ulnaris" beschreibt Verf. ein anscheinend typisches Krankheitsbild, das charakterisiert ist durch atrophische Lähmung der vom Ulnaris versorgten Muskeln der Hohlhand (Muskeln des Hypothenar, M. adductor pollicis, Mm. interossei); es besteht E. A. R., Sensibilitätsstörungen fehlen. Differentialdiagnostisch kommt besonders die progressive Muskelatrophie Typ Duchenne-Aran in Betracht; bei dieser fehlt jedoch die E. A. R., die Lähmung ist progredient und die betroffenen Muskeln zeigen fibrilläre Zuckungen. — Die Erkrankung kommt zustande durch Druck auf den Nerven in der Hohlhand, und zwar, da sensible Störungen fehlen, unterhalb des Abganges des oberflächlichen volaren Astes. Von den drei Kranken, die Verf. beobachtet hat, war einer Juwelier, ein anderer Maschinist und der dritte ein Messingpolierer. — Verf. glaubt, daß eine von Geßner 1896 beschriebene „eigenartige Form von progressiver Muskelatrophie" identisch ist mit seiner Neuritis des tiefen volaren Endastes des Ulnaris. Kölpin.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Zweites Maiheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

(Aus der deutschen psychiatrischen Universitätsklinik Prag. Prof. Pick.)

Über Störungen der Orientierung am eigenen Körper.

Von **Dr. Rudolf Allers,** gew. klinischen Assistenten.

Das Individuum besitzt eine Kenntnis seines eigenen Körpers, ein Wissen, welches normalerweise niemals angesprochen wird, weil jede Wahrnehmung wie jede Handlung so von demselben gefärbt ist, daß die Beziehung des einzelnen Vorgangs zu dem Körper im Bedarfsfalle ohne weiteres klar ist, im Falle es einer besonderen Berücksichtigung dieser Beziehung nicht bedarf, dieselbe auch nicht klargemacht zu werden braucht, da sie, dem Vorgang anhaftend, genügt, dessen Folgen wiederum ohne weiteres in Hinsicht auf den Körper orientiert sein zu lassen. Dieses Wissen vom Körper setzt sich aus einer Reihe von Einzelwahrnehmungen zusammen, die allmählich zu einem festen Komplex verschmolzen werden. Eine Reihe verschiedenartiger Störungen kann das Gefüge dieses Komplexes lockern und andererseits auch derart einwirken, daß der Komplex als solcher intakt bleibt, die Zuordnung der einzelnen psychischen Vorgänge zu ihm aber nicht mehr ohne weiteres stattfinden kann. Die erste Gruppe der Störungen äußert sich darin, daß das Individuum die Kenntnis und damit auch den Gebrauch einzelner seiner Teile verliert, oder die einzelnen Teile nicht mehr voneinander zu unterscheiden weiß, und zwar derart, daß auch die sonst automatisch ablaufenden motorischen Akte nicht mehr ausgeführt werden können. Diese Erscheinungen sollen hier unerörtert bleiben.

Die zweite Gruppe charakterisiert sich dadurch, daß der Komplex, der die Körpervorstellung als solche ausmacht, unberührt bleibt, wobei betont sein soll, daß beim Normalen diese Vorstellung nur im Bedarfsfalle in das Gebiet des klar Bewußten eintritt. Infolgedessen verliert das Individuum den Gebrauch seiner Glieder nicht, die automatisch ablaufenden Vorgänge geraten ebensogut wie bei dem völlig normalen Individuum. Aufgehoben ist nur die Fähigkeit des Körperkomplexes, ohne weiteres als ein unmittelbar Gewußtes in das Bewußtsein einzutreten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das äußert sich dann darin, daß das Individuum zwar vollständig in der Lage ist, seinen Körper zu gebrauchen, aber nicht sich denselben vorzustellen und sich über denselben bewußt Rechenschaft zu geben.

Pathologische Phänomene solcher Art ermöglichen uns den Prozeß zu erkennen, mittels welchen die Synthese der Einzelwahrnehmungen zum Körperbewußtsein und der Zusammenhang desselben mit den übrigen psychischen Vorgängen hergestellt wird. Die Zahl der klinisch vollkommen dargestellten Fälle ist gering, und eigentlich existiert vor der Mitteilung Pick's keine eingehende Analyse. Auf die ältere Literatur soll darum. und weil sie in der eben erwähnten Mitteilung zusammengestellt ist, nicht eingegangen werden.

Pick hat eine 55jährige Frau beobachtet, die offenbar an seniler Demenz mit zirkumskriptem Hirnrindenschwund erkrankt war. Die Patientin bot folgende bemerkenswerte Erscheinung: Während sie an eine berührte oder mit der Nadel gestochene Stelle alsbald mit den Händen hinfährt. gelingt es ihr nicht, die gereizte Stelle mit Worten anzugeben. Um eine derartige Frage zu beantworten, muß sie erst feststellen, welche ihre rechte Hand sei; das tut sie, indem sie das Zeichen des Kreuzes macht; hat sie daran die rechte Hand erkannt, so vermag sie einigermaßen über die übrigen Körperteile Auskunft zu geben. Es beschränkt sich aber die Störung bei dieser Kranken nicht darauf, daß sie mit den Worten rechts und links nicht mehr unmittelbar die Vorstellung der einen oder der anderen Körperhälfte verbindet, sondern sie hat die Orientierung in bezug auf den eigenen Körper in gewissem Sinne überhaupt verloren.

Sie findet ihr Bein nicht, was sie sogar sehr peinlich empfindet; hat sie einen Körperteil eben mit den Händen berührt, und werden diese von demselben abgezogen, so sucht sie, neuerdings nach dem betreffenden Körperteil gefragt, diesen in der Hand. Dieser Unfähigkeit, am eigenen Körper sich zurecht zu finden, ist sich die Kranke bewußt und klagt, wenn sie einen Körperteil nicht auffinden kann: „Ich sehe ihn nicht", auch dann. wenn es sich um einen für gewöhnlich nicht gesehenen Teil, z. B. die Nase handelt.

Pick führt diese Störung der Autotopognose auf einen Verlust des Vorstellungsbildes des eigenen Körpers, bzw. des jeweils in Betracht kommenden Teiles desselben zurück. Die ersten Bausteine, die das Individuum zum Vorstellungskomplex des eigenen Körpers sammelt, sind wohl kinästhetischer und taktiler Natur. Diese überwiegen beim Kinde. Allmählich werden dieselben verdrängt, und das optische Wahrnehmungsmaterial beherrscht wie die übrigen Vorstellungsgebiete auch dieses. Die schließliche Vorstellung vom eigenen Körper ist eine optische. Wie schon

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eingangs erwähnt, braucht das Individuum dieses Bild des eigenen Körpers normalerweise nicht hervorzurufen; es klingt aber bei jeder auf den Körper bezogenen Aktion an, es leitet jede bewußte Orientierung am Körper. Sein Verlust führt zur Störung der Autotopognose, wie sie Pick's Kranke darbot. Pick bezieht dieses Symptom auf eine lokalisierte Atrophie, deren Sitz er nicht näher bezeichnen könne.

Es existieren in der Literatur Fälle von groben Herderkrankungen, die gleichfalls solche Erscheinungen aufweisen. Einen solchen Fall hat Pick mitgeteilt, andere Anton und Hartmann. Alle diese weisen Läsionen im Bereiche des optischen Projektionszentrums auf.

Einen nicht unwichtigen Beitrag zu der Anschauung, daß die Vorstellung des eigenen Körpers an die intakte Funktion der optischen Sinneszentren gebunden ist, liefert ein Fall, den Inouye beobachtete. Der 26. Kranke dieses Autors wurde durch einen Schuß in der Gegend des rechten Tuber parietale verletzt; es war eine kleinkalibrige Kugel gewesen, die aus ca. 2000 m Entfernung eindrang; die Ausschußöffnung lag symmetrisch. Am 159. Tage der Krankenbeobachtung heißt es: „Wenn er nach einem Gegenstande schlagen soll, schlägt er ca. 10 cm davor in die Luft. Seine Nasenspitze kann er nicht schnell und richtig mit dem Zeigefinger berühren. Die rechte Hand nennt er häufiger als die linke." Bei diesem in bezug auf den eigenen Körper desorientierten Kranken finden wir bei einer Läsion des Sehzentrums zugleich mit der Desorientierung eine Störung der Tiefenwahrnehmung wie in den Fällen von Herderkrankung. (Pick, Hartmann.)

Die Beobachtung einer Kranken, bei welcher die Kenntnis des eigenen Körpers auf Grund einer funktionellen Störung alteriert war, teilt Janet mit. Sein Fall M. versteht in einem ihrer Stadien den Sinn der Worte rechts und links nicht mehr, während sie zu anderen Zeiten ausgesprochene Allochirie gezeigt hatte. Die Orientierungsstörung bei dieser Kranken wechselte nämlich je nach der jeweiligen Ausdehnung der bei ihr sehr bedeutenden Anästhesien.

Dem uns hier interessierenden Bilde entspricht nur der eine Zustand der Patientin. In demselben sind taktile und „muskuläre" Empfindungen vollkommen aufgehoben, so daß Bewegungen bei geschlossenen Augen überhaupt unmöglich sind. „Le sujet ne remue les membres qu'en les regardant ou bien quelquefois en conservant le souvenir visuel de la position initiale." Die Vorstellungen von rechts und links sind bei ihr „pures idées abstraites et ne s'associent avec aucune sensation ou aucune image actuelle en rapport avec l'une des mains". Wendet man ihr ein, daß die vorgezeigte Hand nicht die richtige sei, so muß sie auf die Suche

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nach der anderen gehen, über deren Lage sie nicht orientiert ist, „elle ne sait que d'une manière théorique qu'il y a une autre".

Die Symptome dieses Falles unterscheiden sich von den bei Herderkrankung vorkommenden und von denen des hier mitzuteilenden in verschiedener Hinsicht. Er hat zwar mit dem Pick'schen Kranken das Nichtwissen von den einzelnen Körperteilen gemeinsam, das so weit geht, daß die einzelnen erst mühsam aufgesucht werden müssen. Aber es fehlt der Patientin Janet's das Gefühl für aktive und passive Bewegungen. Wir werden nochmals auf diesen Fall zurückzukommen haben.

Die Beobachtung, über welche hier berichtet werden soll, betrifft eine Orientierungsstörung in bezug auf den eigenen Körper, welche in einem Zustande auftrat, der seiner Entstehungsweise zwar dem hysterischen Dämmerzustand gleich zu setzen ist, dem aber alle sonstigen Kriterien des Dämmerhaften abgingen.

Krankengeschichte.

Am 16. X. 1908 wird abends der 18jähr. J. V. auf Grund eines polizeilichen Pareres zur Klinik eingeliefert. Das Parere besagt, daß J. V. wegen Bettelei verhaftet wurde, auf der Wachstube unruhig war, um sich schlug, mit dem Kopfe gegen die Wand zu rennen versuchte.

Einer brieflichen Mitteilung, die Herr Polizeiarzt Dr. Fischl die Liebenswürdigkeit hatte, uns zugehen zu lassen, wofür ihm auch hier Dank gesagt sein soll, ist noch folgendes zu entnehmen: J. V. wurde völlig ruhig zum Kommissariate gebracht, gab unumwunden zu, gebettelt zu haben, und auch bezüglich seiner Generalien machte er alle verlangten Angaben. Gegen Abend wurde er plötzlich unruhig, begann zu schreien, biß nach den Wachleuten, rannte umher und beschwerte sich laut schreiend darüber, daß man ihn, einen so berühmten Detektiv, hier nicht erkenne und widerrechtlich festhalte. Er wurde deshalb in die Anstalt überführt.

Auf das Zimmer gebracht, läßt er sich nur unter Widerstreben entkleiden, schlägt um sich, beißt nach den Wärtern. Als der Arzt zu ihm kommt, springt er auf, ergreift dessen Uhrkette, die er als sein Eigentum und ihm entwendet bezeichnet. Auf Befragen gibt er an, Jan de Marat zu heißen, er sei 68 Jahre alt, von Beruf Detektiv. Hier sei Paris, er sei im Polizeikommissariate. Mit seinem Namen V. angeredet, reagiert er überhaupt nicht, nur auf Marat oder Herr Detektiv. Er erzählt weitläufig, daß er früher Heizer auf der Bahn in Chicago gewesen sei, daß er dort von Räubern überfallen wurde usw. Nachts schläft er.

Die somatische Untersuchung ergibt folgendes: der mäßig gut genährte, grazil gebaute Bursche weist keinerlei Abnormitäten des Schädelbaues, keine Spuren von Rachitis auf. Das obere Drittel des rechten Ohres ist abgekappt. Der rechte Arm ist ungefähr 15 cm unterhalb des Akromions amputiert, am Stumpfe befinden sich mehrere rote, strahlig nach oben gehende Narben. Eine am Knochen nicht adhärente weiße Narbe durchquert die rechte Augenbraue.

Die Pupillen zeigen normales Verhalten; das Gesichtsfeld ist, soweit es

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich bei grober Prüfung feststellen ließ, auf ungefähr 45° eingeengt; am Perimeter war Patient nicht zu fixieren.

Die rechte Nasolabialfalte ist schwächer, der rechte Mundwinkel bleibt bei mimischer, wie bei willkürlicher Bewegung sichtlich zurück.

Die Sehnenreflexe sind gesteigert, die Hautreflexe lebhaft.

Korneal- und Konjunktivalreflexe sind herabgesetzt; der Rachenreflex fehlt.

Die Sensibilitätsprüfung ergab das Bestehen einer Störung oberhalb einer horizontalen, etwa 5 cm unterhalb der Mammillen verlaufenden Linie. Von da nach abwärts wurden die taktilen und Schmerzreize überall wahrgenommen. Oberhalb dieser Grenzlinie bestand auf der Brust und dem Rücken sowie dem ganzen linken Arm völlige Unempfindlichkeit: Berührungen, Stiche, Kneifen, sowie Hitze wurden nicht wahrgenommen, nur diffusen Druck, z. B. das feste Umgreifen der Handgelenke, bemerkte der Kranke.

Am Kopfe ist ein Gebiet, das den rechten Schädel bis zum Ansatz der Nackenmuskulatur und das Gesicht bis zum Unterkiefer und außen bis zur Nasolabialfalte umfaßt, von der Sensibilitätsstörung frei. Es soll gleich bemerkt werden, daß am folgenden Tage auch hier dasselbe Verhalten sich ergab, wie am übrigen Oberkörper.

Der Amputationsstumpf des rechten Armes ist in seinem oberen Anteil in die anästhetische Region einbezogen, im Bereiche der Narben aber, und etwa 4 cm darüber hinaus, besteht eine intensive Hyperästhesie und Hyperalgesie, so daß selbst leise Berührungen heftige Schmerzäußerungen hervorrufen.

Es bestand eine eigenartige Störung der Lokalisation der Reize und in der Beantwortung von Aufforderungen, die Extremitäten zu bewegen, die unten im Zusammenhange dargestellt werden soll.

Am 17. X. legt er ein verdrießliches, etwas schläfriges Wesen an den Tag. Er macht, seine Person betreffend, dieselben Angaben, wie den Abend zuvor; den Professor bezeichnet er als Polizeikommissär in Paris, er befindet sich auf dem Kommissariate, ist entrüstet, daß man ihn nicht kennt und behauptet, es sei der 13. oder 14. Juni; zum Fenster geführt, sagt er beim Anblick des Gartens: „Bin ich schon so lange hier; es ist ja schon November?“

Aufgefordert, seine Lebensgeschichte zu erzählen, gibt er an: am 18. I. werde er 68 Jahre, er sei gelernter Heizer, war als solcher in Chicago an der Bahn durch acht Jahre angestellt. Gelegentlich eines Mordes in der Eisenbahn habe ein Detektiv, der seine Begabung bemerkt habe, ihn angeworben, und so sei er Detektiv geworden. Den Arm habe er vor zehn Jahren verloren; ein Mörder habe ihn mit einem rostigen Messer gestochen, und es mußte ihm der Arm abgenommen werden; das geschah in Paris an der Klinik des Prof. Kukula (Vorstand der Čechischen chirurgischen Klinik in Prag). Er behauptet, Französisch zu sprechen, und als er so angesprochen wird, erwidert er ein seltsames, unverständliches Kauderwelsch und erklärt, der Professor könne nicht Französisch sprechen.

Seinen Namen schreibt er auf Verlangen, aber diagonal über das Papier: Jeán de Marat, ave. 34 Paris. Ave, erklärt er, heißt auf französisch Straße. Auf Vorhalt seines Namens, meint er, der Name V. komme ihn zwar bekannt vor, aber er wisse nicht, ob er einen V. kenne.

Er gibt zu, leidenschaftlich Detektivromane zu lesen, die Namen Doyle und Sherlok Holmes kennt er zwar nicht, wohl aber nennt er spontan Clifton

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(der in der billigen Kriminalliteratur eine große Rolle zu spielen scheint, da auch ein anderer unserer Kranken, gleichfalls ein 18jähr. Bursche, von Clifton schwärmte); Clifton sei auch mehr als er, Marat, da jener viel mehr Medaillen besitze. Das ganze Gespräch führt er in eigentümlich überlegenem, schnippischem Ton. Als einmal der Assistent hinter ihm spricht, springt er mit den Worten: „Das ist Verrat!" auf; die elektrische Taschenlampe bezeichnet er als seinen ihm gestohlenen Revolver. Als ihm ein Perkussionshammer in die Hand gegeben wird, ergreift er ihn zuerst wie eine Schußwaffe, gibt aber sofort zu, daß es ein Hammer sei.

Die folgenden Tage zeigt er wesentlich das gleiche Verhalten. Allmählich klingt die Störung ab; zunächst äußert sich das darin, daß er zugibt, sich in einem Krankenhause zu befinden und die Ärzte als solche bezeichnet; bei Vorhalt seines wahren Namens ermahnt er, leise zu sprechen, denn V. sei sein Pseudonym, wenn er sich als Verbrecher maskiere. Immerhin hält er an seinem Detektivcharakter fest und behauptet in Paris zu sein und Französisch zu können. Auf Diktat schreibt er an seinen „Freund Clifton": „Leon Clifton šera mi (cher ami)." Aufgefordert, einen französischen Brief zu schreiben, schreibt er folgendes: Cdyreaihzy opareizt oelzi C. Vcoizsradrete usw.

Der erste Blick lehrte, daß man es hier mit einer sehr gewöhnlichen „Geheimschrift" zu tun habe, indem einfach vor jeden Konsonanten ein Konsonant, vor jeden Vokal ein Vokal gesetzt worden war. Als die Ärzte noch das Blatt mit dem Brief betrachten, sagt Patient: „Schade, daß Sie so dumm sind", und erklärt sofort die Schrift, die er noch soeben als Französisch bezeichnet hatte.

Am sechsten Tage war er völlig orientiert, es bestand aber für die Szenen im Polizeikommissariat und für die Tage an der Klinik vollkommene Amnesie. Die Anästhesie dauert in dem oben bezeichneten Umfange an, aber die Analgesie erstreckt sich nicht über das ganze anästhetische Gebiet, sondern fand sich nur fleckweise innerhalb desselben. Das Gesichtsfeld ist noch eingeschränkt. Die Differenz in der Innervation der Mundmuskulatur ist weniger auffallend.

Im weiteren Verlaufe schwand die Fazialisdifferenz vollkommen, das Gesichtsfeld weitete sich bis zur normalen Größe aus, und auch die Sensibilität kehrte zurück; nur im Bereiche der Narben blieb eine große Empfindlichkeit.

Er gab nunmehr an, daß er an zeitweisen Verstimmungen leide; er habe auch Anfälle von Atemnot gehabt, und diese hätten ihn am Arbeiten gehindert. Da habe er sich einmal in einer solchen Traurigkeit einen Revolver gekauft und Patronen, aber er konnte sich nicht erschießen; er saß dann am Bahndamm; es fuhren mehrere Züge vorbei; er schlief ein; plötzlich hörte er einen Zug pfeifen, stand auf und legte sich auf die Schienen. Er kam dann auf der chirurgischen Klinik zu sich. Jetzt kann er nichts arbeiten; hat gebettelt und wurde verhaftet. Mehr weiß er nicht. Hier in der Klinik habe er offenbar die ganzen Tage geschlafen; er bestreitet energisch, sich mit dem Detektiv Jean de Marat, den er aus seiner Lektüre kennt, identifiziert zu haben; er gibt zwar zu, daß die Schriftproben seiner Handschrift sehr ähnlich sehen, kann sich aber nicht entsinnen, sie geschrieben zu haben. Er gesteht, leidenschaftlich Detektiv- und Kriminalromane gelesen zu haben; er habe aber niemals geträumt oder sich vorgestellt, daß er selbst einer der Romanhelden sei. Hingegen wollte er sehr gern Detektiv werden und wandte sich auch an ein Privatinstitut, wo ihm aber bedeutet wurde, daß sie mit einem Krüppel nichts anzufangen wüßten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Betrachten wir zuerst das psychische Zustandsbild, so stellt sich dasselbe als dem pathologischen Einfall Bonhoeffer's am nächsten stehend dar. Ein junger Mann, der sich ruhig verhaften läßt, exzediert plötzlich auf der Polizeiwachstube und beschwert sich, daß er, der bekannte Detektiv, hier festgehalten werde. Offenbar entstand diese Vorstellung auf Grund einer Art von unbewußtem Abwehrmechanismus: ich bin verhaftet, mir geschieht Unrecht — wie kann man mir, der ich das und das bin, so ein Unrecht antun. Das Material zu diesem Einfall liefert dem Kranken seine Lektüre nach Art der „rêverie subconsciente" Janet's. Analoges sehen wir im pathologischen Rauschzustande, wie das Pick dargetan hat. Auf welcher Basis dieser psychogene Zustand erwuchs, läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen. Es sprechen wohl das Gesamtbild sowie die Stigmata für Hysterie. Aber in Anbetracht der Fazialisdifferenz, die bei einem leichten neuerlichen solchen Zustand während der klinischen Beobachtung wiederkehrte, und mit Rücksicht auf die eigenartigen Verstimmungen, von denen uns Patient berichtet, läßt sich die Annahme einer epileptischen Grundlage nicht ganz von der Hand weisen.

Wie erwähnt, zeigte unser Kranker während dieses Zustandes eine eigenartige Störung der „Autotopognose" (Pick). Kurz läßt sich dieselbe so beschreiben: der Kranke hat die Kenntnis von rechts und links verloren.

Zunächst fiel das bei der Lokalisation von Hautreizen auf. Um dieselbe zu prüfen, stehen uns drei Methoden zur Verfügung: Weber's, bei welcher die V.-P. mit geschlossenen Augen den gereizten Punkt suchen kann; Volkmann's, bei welcher das Schauen, aber nicht das Greifen gestattet ist, endlich die „einfache" Methode, die beides gestattet (nach Spearman).

Alle drei Methoden ergeben — natürlich in den nicht anästhetischen Gebieten — gute Resultate, solange man sich begnügte, das Hingreifen oder Hinsehen des Patienten als Reaktion zu betrachten. In dem Augenblicke, in welchem man von dem Kranken eine sprachliche Bezeichnung der gereizten Stelle verlangte, versagte er; dann nämlich, wenn man ihm nicht gestattete, sich auf eine besondere Weise zu orientieren.

Forderte man ihn auf, zu sagen, ob er rechts oder links berührt worden sei, oder hieß man ihn z. B., das rechte Bein zu bewegen, so verfuhr er folgendermaßen: er wandte den Kopf und blickte seinen Amputationsstumpf an; dorthin brachte er dann die linke Hand und fuhr nun, am Körper gleitend, bis zur betreffenden Stelle, die er sodann richtig angab, bzw. zu dem betreffenden Bein, daß er sodann richtig bewegte. Wenn ihm die Augen verdeckt wurden, so empfand er sichtlich Unbehagen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und fühlte sich unsicher; er ging auch mit verbundenen Augen auffallend schlecht. Mit geschlossenen Augen konnte er das Problem der Lokalisation nur dadurch lösen, daß er mit der linken Hand herumtastete, bis er den Stumpf fand und sich von diesem aus wieder auf die gleiche Weise an seinem eigenen Körper orientierte.

Sollte er mit geschlossenen Augen das linke Ohr zeigen, so tastete er nach dem Stumpf (den er nicht sofort fand) und fuhr nun mit der Hand über die rechte Schulter, den Hals, am rechten Ohr vorbei, über den Kopf zum linken Ohr.

Wurde er gehindert, die Hand fortwährend an der Körperfläche entlang gleiten zu lassen, so gelang es ihm zwar auch, das verlangte Ohr zu finden, aber es dauerte länger, und oft kamen Fehlbezeichnungen vor.

Auf der Höhe des Zustandes konnte er nach rechts und links orientierte Aufforderungen überhaupt nicht befolgen, wenn ihm die Unterstützung durch Blicken und Tasten verwehrt wurde. Später gelang es ihm zwar, aber nur so, daß er den Amputationsstumpf bewegte, dadurch sich über seine Lage klar wurde und nun, wie er selbst sagte, in Gedanken von dort aus weiter tastete. Gefragt, wieso er den Stumpf zu finden wisse, gab er sehr erstaunt zur Antwort: „Er tut ja weh!"; daß Rechts eine und Links die andere Seite des Körpers bedeutet, wußte er; ferner war ihm erinnerlich, daß sein rechter Arm abgenommen worden war. Mit Hilfe dieser zwei, wie Janet sagt, theoretischen Erkenntnisse, konstruiert er sozusagen die Lösung der jeweils an ihn gestellten Probleme.

Bemerkenswert ist, daß unser Kranker, wenn ihm die Heranziehung seines Hilfsmechanismus unmöglich gemacht wurde, zuweilen bei der Aufforderung, das rechte respektive linke Bein zu zeigen, das des ihm gegenübersitzenden Arztes erfaßte und als sein eigenes bezeichnete. Bewegte der Arzt sein Bein, so sah Patient den Irrtum sofort ein. Dieses Verhalten erinnert an das der Pick'schen Kranken, die auch gelegentlich eine ihr gerade in den Bereich der umhertastenden Hand geratene Nase, ein Bein usw. als ihr angehörig bezeichnete.

Während also der Kranke, ohne sich über die Lage des Stumpfes vorher vergewissert zu haben, nicht imstande war, sein rechtes Bein zu finden oder es zu bewegen, war seine Empfindung für passive Bewegungen im Bereiche der unteren Extremitäten vollkommen intakt. Er nahm kleinste Exkursionen wahr und konnte auch die dem einen Bein erteilten Stellungen mit dem anderen nachahmen. Hingegen war die Empfindlichkeit für passive Bewegungen sowie die Fähigkeit, erteilte Stellungen zu beurteilen, an der linken oberen Extremität ziemlich beeinträchtigt. Zuweilen verwechselte Patient die bewegten Finger und gab häufig an,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie seien in allen Gelenken gebeugt, wenn sie nur in den letzten oder ersten bewegt worden waren und umgekehrt.

Die Orientierung nach den Seiten im optischen und akustischen Raum war intakt; er gab immer richtig Auskunft, von welcher Seite her ein Schall kam, wenn er auch, um die Seite zu benennen, wieder auf seinen Stumpf als Anhaltspunkt zurückgreifen mußte. Wie schon erwähnt, irrte er sich niemals zwischen rechts und links, solange es nur galt, den getroffenen Punkt durch Blicken oder Greifen anzuzeigen.

Diese Orientierungsstörung schwand allmählich zusammen mit den psychischen Symptomen. Die Art des Abklingens ist für die Auffassung des ganzen Phänomens nicht ohne Bedeutung. Oben schon haben wir hervorgehoben, daß es dem Kranken in den späteren Tagen möglich war, ohne erst nach dem Amputationsstumpf greifen zu müssen, die Seite anzugeben bzw. den verlangten Körperteil zu zeigen. Er hat uns selbst erklärt, daß ihm das auf die Weise gelinge, daß er sich die Lage des Stumpfes denke, zuerst dadurch, daß er ihn bewegte, dann aber auch ohne ihn zu bewegen, nur indem er sich vorstelle, was er spüren würde, wenn er ihn bewegte. Darauf stelle er sich seinen Körper vor als Bild und finde so den betreffenden Körperteil, welchen er zeigen solle. Nachdem die psychischen Erscheinungen vollkommen verschwunden waren, bestand wie für diese so auch für die Orientierungsstörung Amnesie. V. hielt es für ganz ausgeschlossen, daß jemand rechts und links nicht wissen könne und auf die Frage, wieso er denn wisse, wo rechts und wo links sei, meint er, das wisse man doch „so von selbst".

Suchen wir das, was unser Kranker darbot, zusammenzufassen, so ist es dies: Der Patient wußte zwar von allen seinen Gliedern, aber er konnte die bilateral symmetrischen voneinander nicht ohne weiteres unterscheiden. Am besten ließe sich ein solches Individuum charakterisieren als eines, das kein rechtes oder linkes Bein hat. Es hat nur Beine, ein rechtes hat es nicht.

Wie die Kranke Pick's erklärt dieser Kranke, daß er sich seinen Körper nicht vorstellen könne. Einmal sagt er geradezu, daß er sich noch kein Bild von ihm machen könne. Und in der Periode des Abklingens sehen wir, daß Patient erst seinen Stumpf bewegte, dadurch von der Lage eines Körperteiles ausgehend sich das Bild des ganzen Körpers vorstellte, um sich daran, wie an einer Landkarte, zu orientieren. Als die Rückbildung des Zustandes noch weiter geschritten war, genügte es ihm, die Vorstellung des bewegten Stumpfes hervorzurufen, um das Körperbild zu erzeugen. Nach dem Schwinden des ganzen Zustandes bedurfte es aller dieser Kunstgriffe nicht und Patient wußte auch nicht mehr, wie er zur

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kenntnis von rechts und links gelange, da eben diese Orientierung wieder automatisch vonstatten ging.

Es hat also wohl den Anschein, als ob hier durch eine funktionelle Schädigung eine gleiche Trennung in einem Gebiete psychischen Geschehens gesetzt worden wäre, wie sie die Herderkrankungen oder umschriebenen Atrophien zu erzeugen vermögen. Es ist dem Individuum das Produkt der im Laufe seiner Entwicklung durchgeführten Synthese aus den kinästhetischen Einzelempfindungen zur optischen Gesamtvorstellung des Körpers verloren gegangen. Während der Zeit, in welcher die Störung am ausgeprägtesten war, schienen auch die Elemente dieses Komplexes, auch die kinästhetischen Empfindungen, ihrer orientierenden Kraft verlustig gegangen zu sein; später trat dieselbe deutlich hervor, als Patient den Amputationsstumpf bewegte oder nur dessen Bewegung sich vorstellte, um eine Vorstellung seines eigenen Körpers zu erhalten.

Unser Fall unterscheidet sich wesentlich von dem Janet's dadurch, daß die Orientierungsstörung sich bei ihm auch auf Gebiete von anscheinend völlig intakter Haut- und Tiefensensibilität erstreckte, und daß hier die aktive Beweglichkeit bei geschlossenen Augen zwar etwas beeinträchtigt, aber doch in nahezu vollem Ausmaße vorhanden war. Janet's Kranke aber konnte ihre Glieder, ohne dieselben anzusehen, überhaupt nicht bewegen.

Sicher ist aber für V. wie für Janet's M. das Wort rechts eine reine abstrakte Idee; gerade so wie M. die Bedeutung von rechts nur als die Bezeichnung der kreuzschlagenden Hand kennt, ist für V. rechts die Gegend des amputierten Armes. M. orientiert sich so, daß sie, auf die Hände blickend, das Kreuz schlagen will; die Hand, welche sich bewegt, ist die rechte; in gleicher Weise, wie die Fähigkeit des Kreuzschlagens, benutzt M. auch die Tatsache, daß sie an der rechten Hand einen Ring trägt.

Aber es besteht ein tiefgreifender Unterschied zwischen den zwei Fällen, die ja anscheinend einander so ähnlich sind. Wenn M. auch ihre rechte Hand gefunden hat, ist ihr damit für die Auffindung etwa des linken Ohres gar nicht gedient. Sie hat an der Ausführung des Zeichens des Kreuzes, am Ring nur die rechte Hand, nicht aber die rechte Körperhälfte erkannt. Unser Kranker hingegen ist imstande, wenn er seinen Amputationsstumpf, von dem er weiß, daß er sich an der rechten Seite befindet, erblickt oder getastet hat, alle Körperteile im Sinne von rechts und links zu gruppieren. Bei M. liegt außer der Unmöglichkeit, ein Gesamtbild des Körpers bewußt hervorzurufen oder automatisch mitarbeiten zu lassen, noch eine tiefergreifende Störung innerhalb des die Körpervor-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stellung zusammensetzenden Komplexes vor. Unser Kranker verfügt aber über einen relativ intakten „Körperkomplex", bei Unfähigkeit desselben an den bewußten Orientierungsvorgängen teilzunehmen. Auf der Höhe des Zustandes ist zwar das einfache Wissen von der Lage der einzelnen Körperteile nicht in normalem Ausmaße vorhanden; Patient muß nach dem Amputationsstumpfe suchen, aber zu einer Zeit, in welcher die Orientierungsstörung noch in gleicher Weise fortbesteht, gelingt es dem Kranken schon durch Bewegen, dann durch bloßes Vorstellen des Stumpfes, sich zu orientieren. Aber auch auf der Höhe ist das Wissen von der Zusammengehörigkeit einer Körperhälfte nicht getrübt.

Wir können daher auch keine Störung im Bereiche des „feeling of sidednes" annehmen, auf das Jones das Wissen von rechts und links zurückführen möchte. Übrigens hat Bergson schon vor Jones eine derartige Ansicht geäußert, welcher sich dahin ausspricht, daß wir die rechte und linke Seite par un „sentiment naturel" unterscheiden und daß demselben eine qualitative Differenz, einfach ein Charakter „rechts" oder „links" zukomme. Diese Theorien reichen nicht aus, um die Orientierung am eigenen Körper in der Rechts-Linksdimension zu erklären, da sie der Tatsache einer Orientierungsstörung mit Erhaltensein des Wissens von der Zusammengehörigkeit einer Seite nicht gerecht werden. Weit ansprechender ist die Ansicht H. Poincaré's, der den physiologischen Raum als ein System von Abwehrmöglichkeiten aufgefaßt wissen will, deren es für jeden Raumpunkt (als Ort des Angriffes gedacht) zwei — von rechts und links — gibt. Auf Grund dieser diskontinuierlichen kinästhetischen Vorstellungen der Abwehr vollzieht das Individuum die Synthese zum Raum- und natürlich auch zur Gesamtvorstellung des eigenen Körpers. Poincaré meint, daß die Synthese innerhalb des kinästhetischen Gebietes stattfinde. Fälle, wie der Pick's und der unsere, lehren, daß die Synthese erst mit Hilfe der optischen Wahrnehmung gelingt[1]).

Fassen wir zum Schlusse kurz den Inhalt obiger Ausführungen zusammen. Während einer psychogenen Bewußtseinsstörung vom Charakter des pathologischen Einfalles verliert der Kranke die Fähigkeit, sich an seinem Körper im Sinne von rechts und links zu orientieren. Die Beweglichkeit seiner Extremitäten ist intakt; die Sensibilität nur am Oberkörper gestört. Behufs Orientierung nach rechts oder links bedient sich der Kranke seines rechten amputierten Armes, den er aufsucht und von

[1]) Auf die Ergebnisse der experimental psychologischen Forschung, die die Wichtigkeit der optisch gewonnenen Anschauung für die Vorstellung der Lage unserer Glieder (z. B. Roger's, Psychol. Bull. 1909. 53) beleuchtet, kann hier nicht eingegangen werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem er weiß, daß er rechts ist. Im Abklingen genügt ihm die optische Vorstellung des Amputationsstumpfes.

Es handelt sich um eine auf funktioneller Basis entstandene Abtrennung der durch Synthese auf Grund optischen Materiales entstandenen Gesamtkörpervorstellung von dem automatisch weiter funktionierenden Komplex der Körperempfindungen.

Literatur.

1. Bergson, Matière et mémoire.
2. Bonhoeffer, Deutsche med. Wochenschr. 1904.
3. Hartmann, Die Orientierung. 1904.
4. Janet, Névroses et idées fixes. Bd. I.
5. Jones, The clinical significance of allochiria Brain. 1907.
6. Inouye, Sehstörung bei Schußverletzungen usw. 1907.
7. Pick, Psychology of a particular form of intoxication. J. of Mental Sc. 1905.
8. Pick, Über Störungen der Orientierung am eigenen Körper. Arbeiten aus der deutschen psychiatrischen Klinik in Prag. 1905.
9. Poincaré, La relativité de l'espace. L'année psychol. 1907.
10. Spearman, Analysis of localisation. Journ. of Psychol. 1905.

II. Vereinsbericht.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung am 13. März 1909.

Bericht von **Dr. Schayer,** Dalldorf-Berlin.

Diskussion über den in der vorigen Sitzung gehaltenen Vortrag von **Kapff:** Die Fürsorge bei Alkoholkranken.

Juliusburger (Steglitz): Es war gut, daß der Vortragende den psychischen Faktor in der Behandlung der Alkoholkranken hervorgehoben hat. Ich habe wiederholt und auch in einem Vortrage in diesem Vereine darauf hingewiesen, daß die übliche Behandlung der Alkoholkranken in den Irrenanstalten unzulänglich sei. In der Tat, die einfache Wegnahme der alkoholischen Getränke, die Internierung und die gewöhnliche Arbeitstherapie genügen in keiner Weise. Es müssen falsche Werturteile zerstört, neue Werturteile bezüglich der Lebensführung aufgebaut werden. Ich habe mich aber auch bemüht, einen positiven Vorschlag zu bringen, indem ich an die höchst beachtenswerten Leistungen der Enthaltsamkeits- und Trinkerrettungsvereine anknüpfte. Ich forderte die Übertragung der in diesen Vereinen geltenden Prinzipien, auch entsprechende Veranstaltungen innerhalb der Anstalt. Ich betone, daß z. B. der Guttemplerorden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in seinen Logensitzungen nicht nur bemüht ist, Aufklärung über den Alkoholschaden zu verbreiten, sondern auch anstrebt, die Mitglieder in geistig-sittlicher Hinsicht zu fördern und zu heben. So sehr berechtigt die Forderung nach Spezialanstalten für Alkoholkranke sein mag, so glaube ich dennoch nicht, daß wir in absehbarer Zeit auf ihre Einführung, wenigstens in dem erforderlichen Umfange, zu rechnen haben, selbst wenn unser Ruf noch viel energischer erschallen würde. Bis auf weiteres muß die Irrenanstalt auch die Behandlung der Alkoholkranken leisten. Ich wiederhole daher meine Forderung, innerhalb der Irrenanstalten Logen nach dem Vorbilde des Guttemplerordens zu gründen; ich bin fest überzeugt, daß wir hiermit der Psychotherapie ein wichtiges Glied anfügen werden; denn, wie gesagt, es wird nicht nur durch die Guttemplerlogen Wissensstoff in der Alkoholfrage verbreitet, sondern überhaupt eine intellektuelle und moralische Förderung des Individuums erstrebt werden. Damit wird gleichzeitig sich eine Hebung des Personals verbinden lassen; denn die Wärterfrage ist nicht nur eine materielle, so wichtig auch dieses Moment ist. Ich habe in der Anstalt Berolinum eine Guttemplerloge gestiftet, werde aber über die Erfolge erst dann berichten, wenn eine längere Zeit verflossen sein wird. Meine Bitte geht an die öffentlichen Anstalten, ein gleiches zu tun, da dorthin die frischen Fälle kommen, die ja doch bessere Heilaussichten gewähren. Durch eine systematische Vorbereitung in den Anstalten werden wir die Kranken am besten vorbereiten, hernach den Anschluß an die außenstehenden Enthaltsamkeitsvereine zu finden. Notwendig ist es unter allen Umständen, daß wenigstens ein Anstaltsarzt sich an dieser Bildungsarbeit aktiv beteiligt. Ich will noch bemerken, daß auch an der Anstalt Berolinum eine Auskunftsstelle für Alkoholkranke und deren Angehörge für die Orte Steglitz und Lankwitz besteht.

Falkenberg (Herzberge) bespricht die Erfahrungen, die er bei der Leitung einer Auskunfts- und Fürsorgestelle für Alkoholkranke in Berlin gemacht hat. Die ärztliche Tätigkeit sei eine vielseitige, die Erfolge befriedigend, zumal es an der verständnisvollen Mitarbeit von Armen- und Kassenärzten nicht gefehlt habe. Immerhin sei es wünschenswert, noch weiteren ärztlichen Kreisen Gelegenheit zu geben, sich über die wichtigsten Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung bezüglich der Behandlung Trunksüchtiger genauer zu orientieren. Ein schwer zu beseitigendes Hindernis für alle Fürsorgebestrebungen bilde das trotz vielfacher Erörterungen noch immer ungelöste Problem, den Trinkern geeignete Beschäftigung zu besorgen. Die Schaffung von Anstalten zur Versorgung voraussichtlich unheilbarer Alkoholisten bilde einen wichtigen Punkt bei dem weiteren Ausbau der Trinkerfürsorge.

Richter (Buch): In der Irrenanstalt Buch ist vollständige Abstinenz durchgeführt; mißbrauchen im Freien beschäftigte Patienten die freie Bewegung, so können sie in Häusern untergebracht werden, in welchen sie eventuell jahrelanger Zwangsabstinenz unterworfen werden können. Wiederholt haben sich Berliner Guttemplerlogen an uns wegen unserer Patienten gewandt und ihnen Unterkunft und entsprechende Beschäftigung verschafft und umgekehrt. Die Loge hält belehrende Vorträge und verschafft entsprechende Arbeit.

Ziehen (Berlin) erkennt zwar die Fürsorge für die Alkoholkranken, wie sie jetzt ist, durchaus an, glaubt aber doch schließlich, nicht ohne Zwang auskommen zu können. Dieser Zwang könnte sich in zwei Richtungen bewegen. Erstens muß der Paragraph 6 des Bürgerlichen Gesetzbuchs geändert werden,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

da er nicht genug leistet. Es muß heißen: „Unter Umständen muß bei Trunksucht entmündigt werden." Eventuell würde die Entmündigung auf Zeit einen Ansporn zur Besserung enthalten. Zweitens müßte die zwangsmäßige Unterbringung in eine Anstalt unabhängig von der Ansicht der Angehörigen vorgesehen sein. Hier kommen sowohl Trinkerasyle wie andere Arten der Fürsorge in Betracht. Für die Unterbringung maßgebend ist nur der Grad der Trunksucht: eine Psychose braucht nicht zu bestehen. Als Kriterium könnte man z. B. das überstandene Delirium annehmen.

Damit trifft man zwar nur einen kleinen Teil der fürsorgebedürftigen Trinker, aber eine Formel, die alle umfaßt, läßt sich nicht finden. Die Bestimmung würde gewissermaßen wie ein Damoklesschwert den Trinker bedrohen und sei geeignet, Abschreckung zu erzeugen. Die Bucher Anstaltsordnung zeigt gewisse Analogien mit den Vorschlägen. Jedenfalls seien Zwangsmaßregeln erforderlich, die jetzige freiwillige Unterbringung in Anstalten reiche nicht aus.

Falkenberg hält die häufigere Anwendung der Entmündigung weder für notwendig noch wünschenswert. Die Entmündigung müsse ihren Charakter als Schutzmaßregel behalten und dürfe kein Abschreckungsmittel werden.

Ziehen: Selbstverständlich handele es sich nicht um Verquickung, sondern um zwei koordinierte verschiedene Maßregeln. Die Entmündigung ist gegenwärtig keine Zwangsmaßregel, soll es aber werden.

Hans Laehr (Schweizerhof) schlägt die Einsetzung einer Kommission vor, die die Wünsche des Vereins nach einer Änderung gesetzlicher oder administrativer Bestimmungen betr. die Fürsorge für Trunksüchtige in einer Resolution zusammenfassen und diese in der nächsten Sitzung vorlegen möchte. Diese Wünsche dürften sich im Anschluß an die vom Verein 1901 in der Dezembersitzung angenommenen Thesen hauptsächlich auf zwei Punkte richten: 1. eine gesetzliche Verpflichtung der Provinzen zur Fürsorge für Trunksüchtige analog der im Gesetz vom 11. 7. 1891 hinsichtlich der Geisteskranken, Epileptischen usw. getroffenen Festsetzungen; 2. Verwaltungsanordnungen, die es bestimmten, hierzu besonders zu konzessionierenden Trinkerheilanstalten ermöglichen, Trunksüchtige allein auf Grund der Trunksucht auch gegen ihren Willen zum Zwecke der Heilung aufzunehmen und zu bewahren.

Kapff (Schlußwort): Nicht bloß die anstaltsbedürftigen Alkoholkranken — nach Schäfer für Preußen 2 : 10000 Einwohner, nach Rehm ebensoviel für Bayern —, sondern auch so viele andere, bei denen die pharmako-dynamischen Wirkungen des Alkohols sich noch ausgleichen lassen, fallen einer Trinkerfürsorge zu, die vor allem auch Prophylaxe treiben muß. Paragraph 361, Absatz 5, des Reichsstrafgesetzbuches repräsentiert eine strafrechtliche Fürsorge für Trinker. Der Trunksüchtige ist, soweit er hilfsbedürftig ist, behandlungsbedürftig und kann zwangsweise in ein Arbeitshaus bis zu zwei Jahren versetzt werden. Demnach ist die Zurückhaltung eines Trunksüchtigen in einer Heilanstalt auf Grund des zu hoffenden Trinkerfürsorgegesetzes keineswegs als besondere Maßregel aufzufassen. Die zivilrechtliche Fürsorge, im Paragraph 6 des Bürgerlichen Gesetzbuchs niedergelegt, hat sich praktisch für die Heilung als unnütz erwiesen, der Paragraph atmet aber den Geist des Fortschritts, denn der Trunksüchtige ist als Kranker aufgefaßt und auf eine Stufe mit dem Geisteskranken gestellt. Unsere Zwangsbestimmungen in den die Infektionskrankheiten bekämpfenden Gesetzen, im Unfallversicherungs-, Krankenversicherungs-, Invalidenversicherungs-,

Generated on 2019-01-13 18:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Fürsorgeerziehungsgesetz, legen den Gedanken nahe, den antisozial handelnden, gemeingefährlichen Trunksüchtigen mit Zwangsmaßregeln zu behandeln.

Krankenkassen, Armenverwaltungen, Landesversicherungsanstalten sind ganz erheblich durch den Alkoholismus belastet und haben ein Interesse daran, energische Maßregeln der Fürsorge und Abwehr zu ergreifen. Als Rückgrat einer modernen Trinkerbehandlung halte ich die mit offenen und geschlossenen Abteilungen ausgestattete Spezialanstalt für Alkoholkranke. Ich empfehle nicht Angliederung an Irrenanstalten in Form von mehr oder weniger sekundär wichtigen Dependenzen, sondern mit der Kraft der Autorität und der Originalität wirkende selbständige Anstalten. Die einfache Abstinenz tuts nicht; vielmehr kommt alles auf den Geist, auf die Persönlichkeit und auf das Milieu an, die den Kampf der Suggestionen mit der Autosuggestion unternehmen.

Die so wichtiggen Neuerungen auf dem Gebiet der Trinkerfürsorge, die Auskunft- und Fürsorgestellen für Alkoholkranke sind schon in über 30 Städten eingerichtet; jede entsprechend dem Lokalkolorit mit anderer Struktur. Ich empfehle halbamtliche Stellen unter ärztlicher Leitung, die nach möglichst vielen Seiten tief hinein ins volle Menschenleben greifen und überallhin Fühlung und Anschlüsse suchen.

Eine wichtige Fürsorge ist die für entlassene Trunksüchtige. Die Familienpflege ist vorläufig praktisch wenig durchführbar. Man sieht daraus, daß der Alkoholiker sehr viel schwerer zu behandeln ist, als der Geisteskranke. Man hüte sich vor der allzu frühen Entlassung der Alkoholisten. Ein früher gemeingefährlicher Alkoholiker ist so lange als nicht geheilt und als die Öffentlichkeit gefährdend zu betrachten, als er nicht enthaltsam zu leben gelernt hat und in ein Milieu zurückgegeben wird, in dem diese Grundsätze praktisch leicht durchführbar und möglich sind. Die Enthaltsamkeitsvereine haben ein reiches Feld der Wirksamkeit und sollen möglichst mit der Anstalt Hand in Hand gehen.

Boedeker (Schlachtensee) **und Juliusburger** (Steglitz): Über einen Fall von Mikrographie.

Als Mikrographie bezeichnen wir jene Störung, die darin zum Ausdruck kommt, daß der von ihr Befallene für kürzere oder längere Zeit nur erheblich kleiner zu schreiben vermag, als dies sonst bei ihm der Fall war. Diese krankhafte Kleinschrift kann sehr hohe Grade erreichen, kann bis zu vollkommener Unleserlichkeit führen, ist aber stets dadurch gekennzeichnet, daß die Schrift in toto befallen ist, d. h. alle Buchstaben gleichmäßig kleiner sich gestalten. Diese an sich ziemlich seltene Störung kommt bei verschiedenen Zuständen vor, so finden wir sie nicht ganz selten bei Psychosen, insbesondere bei gewissen Fällen der Dementia paranoides u. a. Auch bei vorübergehenden pathologischen Bewußtseinszuständen ist sie beobachtet worden, so bei jenen, wo es sich um eine Versetzung der Persönlichkeit in eine jugendlichere Phase handelt und dementsprechend ein sogenannter Infantilismus der Schreibweise sich geltend macht, die freilich a priori keineswegs eine kleinere zu sein brauchte. Sehr interessant ist die Erscheinung der Mikrographie bei gewissen Fällen von Sehstörungen (zumeist Makropsie). In allen diesen und ähnlichen Fällen handelt es sich, ganz allgemein ausgedrückt, um Störungen bei sogenannten funktionellen Psychosen und Neurosen, und es soll hier nur kurz darauf hingewiesen werden. Wie schon erwähnt, sind die Schriftzeichen in toto kleiner, sie sind dies von Beginn der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Störung an, die Kleinheit der Schriftzeichen bleibt die gleiche während der Dauer der Störung. Der Sitz ist natürlich ein rein kortialer, die Schreibmuskulatur selbst spielt dabei gar keine Rolle.

Von wesentlich anderer Bedeutung sind nun Fälle von Mikrographie, die dadurch charakterisiert sind, daß zwar auch von Anfang an die gewohnte normale Größe der Buchstaben nicht erreicht wird, beim Weiterschreiben dann aber die Buchstaben zusehends kleiner werden, während der Aktion des Schreibens also der Zwang zum Kleinschreiben sich kontinuierlich steigert. Solche Fälle sind besonders selten, meines Wissens nach wurde ein solcher zuerst von Embden veröffentlich im Jahre 1901. Es handelte sich um Fälle von chronischem Manganismus, die ein der multiplen Sklerose ähnliches Krankheitsbild darbieten und bei denen als anatomische Unterlage multiple Herde im Gehirn und Rückenmark vermutet wurden. Das gleiche Krankheitsbild war kurz vorher von v. Jaksch beschrieben worden, ohne daß jedoch Mikrographie beobachtet worden war. In gleicher oder jedenfalls sehr ähnlicher Weise trat Mikrographie in zwei Fällen zutage, die 1903 von A. Pick veröffentlicht wurden. In diesen Fällen handelte es sich um apoplektiforme Zustände nach Syphilis. Im gleichen Jahre beschrieb Löwy das genannte Symptom bei zwei Fällen, einmal bei einer schweren Paralysis agitans sine agitatione nach linksseitiger Hemiplegie, das andere Mal bei einer typischen Paralysis agitans. Dann folgte 1905 die Vorstellung eines weiteren Falles in der Gesellschaft für innere Medizin in Wien durch Bleier und schließlich im selben Jahre die ausführliche Veröffentlichung eines sehr interessanten, eingehend beschriebenen Falles durch Löwy. Abgesehen von diesem letzteren Fall, auf den ich noch zurückkommen werde, handelt es sich in der erwähnten Kasuistik ausschließlich um solche Fälle, in denen bei aktiven und passiven Bewegungen Spannungen in der Muskulatur zutage treten, sei es nun, daß das beschriebene Krankheitsbild sich der multiplen Sklerose, der Paralysis agitans oder hemiplegischen bzw. posthemiplegischen Zuständen angliederte oder eine Mischform dieser verschiedenen Zustände darbot. Bei dem Bleierschen Falle ist anscheinend eine bestimmte Diagnose nicht gestellt worden, jedoch handelt es sich zweifellos um einen ähnlichen Gesamtzustand: Sprache auffallend leise und monoton, unsicherer Gang, auffallende Steifhaltung, starrer Gesichtsausdruck, geringer Tremor der ausgestreckten Hände usw. Daß die erwähnten Muskelspannungen beim Zustandekommen des in Rede stehenden Symptoms eine wesentliche Rolle spielen, muß mit Sicherheit angenommen werden. Dieser „Rigor" erstreckt sich nun nicht auf einzelne Gebiete der zum Schreiben sich koordinierenden Muskeln, sondern auf die gesamte Schreibkoordination als Einheit, und diese Rigidität macht sich in der Weise geltend, daß während der Aktion des Schreibens, wie erwähnt, die Buchstaben immer kleiner werden und schließlich zu vollkommener Unleserlichkeit führen können. Von diesen Fällen unterscheidet sich nun wesentlich der oben erwähnte letzte Fall Löwys dadurch, daß im klinischen Bild das Symptom irgendwelcher Muskelspannung nicht vertreten ist. Es handelte sich um einen Arteriosklerotiker, bei dem gleichzeitig mit einer ganz leichten rechtsseitigen Hemiplegie eine Sprachstörung (in Form einer Verlangsamung der schließlich sehr schwer verständlichen Sprache, verbunden mit Stottern im Anfang des Wortes zugleich mit dem Gefühl einer schweren, unbeholfenen, unbeweglichen Zunge) und eine Schreibstörung eintraten, letztere vom Charakter der Mikrographie. Die Buchstaben

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurden immer kleiner bis zum Übergehen in Striche. „Wenn Patient die Feder nicht vom Papier wegnahm, ging es einfach nicht, die Hand war ordentlich unbeweglich, wie angeklebt, wie an der Unterlage festhaltend.“ Gleichzeitig war eine Verlangsamung und Erschwerung der Schrift zu bemerken. Bei alledem war die Beweglichkeit der Finger und der rechten Hand vollkommen ungestört, nur beim Schreiben, heißt es, „war die rechte Hand so schwer und so unbeweglich“. Auch hier nimmt der Rigor mit der Aktion zu, ist aber auch schon bei ihrem Beginn gegeben und wirksam, er ist ausschließlich an die koordinatorische Einstellung für das Schreiben gebunden. Während es sich also in allen sonstigen Fällen um einen allgemeinen Rigor handelt, findet hier eine Beschränkung des Rigor lediglich auf isolierte Koordinationen statt, und zwar nicht auf das Koordinieren an sich, sondern auf die schon fertige Koordination.

Diesem Fall nun schließt sich der unserige an, über den wir nun zunächst in Kürze unter Demonstration von Schriftproben berichten werden.

Der Oberförster X, 44 Jahre alt, wurde am 23. IV. 1908 im Sanatorium Fichtenhof aufgenommen. Seit fünf Jahren verheiratet, ein Kind wurde tot geboren, ein anderes ist gesund. Vater nervös reizbar, sonst keine Heredität. Daß eine syphilitische Infektion stattgefunden habe, ist nicht mit Sicherheit zu eruieren, aber mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Der Kranke selbst hatte während seiner jetzigen Krankheit seinem Hausarzt, wie dieser angibt, stets versichert, daß er von einer solchen nichts wisse. Demgegenüber gab er in der Anstalt später zu, daß er als Student einen Ulkus gehabt und schon damals eine Schmierkur durchgemacht habe, daß er diese Schmierkur, nachdem seine Frau abortiert hatte, wiederholt und jene danach ein gesundes Kind geboren habe. Vor etwa zwölf Jahren zog er sich, soviel ist sicher, während einer militärischen Übung eine Verletzung am Schienenbein zu; der behandelnde Arzt wurde auf die außerordentlich schwere Heilbarkeit der Verletzung aufmerksam, setzte als deren Ursache eine syphilitische Infektion voraus, ordnete Jodkali an und erzielte damit Heilung. Seit drei Jahren machte sich ausgesprochene nervöse Reizbarkeit mit Ausbrüchen unmotivierter Heftigkeit geltend; mit dem Nachlassen dieser letzteren stellte sich zunehmende Teilnahmlosigkeit ein. Seit einer Reihe von Monaten bestehen außerordentlich heftige Kopfschmerzen, auch nachts, besonders in Form von Supraorbitalneuralgie und angeblich verschiedentlich mit leichten Temperaturerhöhungen verbunden. Jodkali erfolglos. Die Arbeitsfähigkeit ließ mehr und mehr nach, das Gedächtnis wurde schwächer. Schrift und Sprache sollen durchaus gut geblieben sein, nur haben möglicherweise leichte apoplektiforme Anfälle stattgefunden, die sich durch eine kurzdauernde „Schwierigkeit mit der Sprache“ kennzeichneten, wobei Patient über das Gefühl einer geschwollenen Zunge klagte und diese als einen Fremdkörper fühlte. Schließlich gelegentlich Incontinentia urinae, Sinnestäuschungen, sowie besonders Verlust des Gedächtnisses für die letzte Vergangenheit. Wegen der zunehmenden Unreinlichkeit konnte der Kranke in einem offenen Sanatorium, dem er zunächst zugeführt worden war, nicht verbleiben und gelangte in die oben genannte Anstalt.

Der Kranke ist sich bei der Aufnahme seines Krankheitszustandes bewußt. Kopfschmerzen und Vergeßlichkeit empfindet er selber; sein Gang sei allmählich „gemächlicher“ geworden. Die Pupillen reagieren prompt, Augenbefund normal. Die Sprache erweist sich nach einer Notiz des zuerst untersuchenden Arztes bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schnellem Sprechen vielleicht als artikulatorisch etwas gestört, indes ist sie bei allen späteren Prüfungen, auch beim Nachsprechen komplizierter Worte, stets intakt. Kniephänomene beiderseits vorhanden, schwach, das rechte Achillessehnenphänomen läßt sich zunächst nicht auslösen, später erweisen sich beide als schwach vorhanden. Der Gang ist langsam, bedächtig, vielleicht nicht absolut sicher, sonst ohne Besonderheiten, auch sonst keine Lähmungserscheinungen, keine Ataxie, keine Gefühlsstörungen.

Während der ersten sechs Wochen zeigt sich Patient fast andauernd verwirrt im Sinne der bei der Korsakow'schen Psychose beobachteten Desorientierung. Er wechselt vielfach in seinen Angaben über zeitliche und örtliche Verhältnisse, erkennt die Ärzte (die er vorher nie gesehen) als alte Bekannte wieder, gibt der Anstalt bald diesen, bald jenen Namen, wobei stets Reminiszenzen an tatsächliche frühere Aufenthaltsorte mitklingen. Diese Angaben wechseln in kürzesten Zwischenräumen ihren Inhalt. Beim Rechnen tritt die Gedächtniskürze besonders charakteristisch hervor. Dagegen ist Patient schon sehr bald imstande, über Tatsachen der weiter zurückliegenden Vergangenheit sich richtig zu unterhalten. Allmählich wird auch die Orientierung über die gegenwärtigen Verhältnisse besser. Er macht eine energische Schmierkur durch, Jodkali verträgt er nicht. Am hartnäckigsten erweisen sich die Incontinentia urinae und unsauberes Verhalten beim Essen („sabbern"), beides empfindet der Kranke selbst als unangenehm. Das Symptom des Einnässens schwand indes in der Folgezeit. Als am 19. IX. der Kranke in die Häuslichkeit entlassen werden konnte, war sein geistiger und körperlicher Zustand ein verhältnismäßig recht günstiger. Psychisch war er bis auf eine allgemeine mäßige Herabsetzung der geistigen Fähigkeiten normal, körperliche Krankheitssymptome bestanden nicht, insonderheit keine Sprachstörungen, keine Paresen, keine Ataxie. Beim Essen zeigte er sich jedoch noch ungelenk, aß sehr hastig, sabberte sich viel ein, mußte während des Essens immer abgeputzt werden. Sein Appetit war entschieden krankhaft gesteigert, es kam gelegentlich zum Erbrechen infolge des zu raschen, hastigen Essens. Eine gewisse Schwierigkeit im Rücken beim Aufstehen vom Sitzen oder Liegen machte sich bis zuletzt geltend; Patient konnte sich nur langsam und mit Mühe erheben. Auch der Gang war langsam geblieben.

Ein auffälliges Symptom bot nun dieser Kranke in seiner Schrift. Auch hierüber ist er sich selbst vollkommen klar, und er empfindet die gleich zu schildernde Störung recht unangenehm, besonders einmal, wo er ein Dispensationsgesuch an die Militärbehörde richten will und damit nicht zustande kommen kann. Es ist ihm nämlich unmöglich, groß zu schreiben. Wird ihm ein Buchstabe vorgeschrieben und er aufgefordert, diesen in derselben Größe nachzuschreiben, so gelingt ihm dies das erstemal mitunter — keineswegs immer — leidlich gut, jeder folgende Buchstabe wird indes kleiner und alsbald die ganze Schrift zu einem kleinsten Gekritzel und ganz unleserlich, dabei werden die Schreibbewegungen schneller; auch bei möglichster Inanspruchnahme seines Willens ist es ihm absolut unmöglich, hierin irgend etwas zu ändern. Aus therapeutischen Gründen wurde dem Patienten ein Linienheft übergeben und er zu systematischen Übungen aufgefordert, denen er sich auch mit Eifer unterzog. Bei dem Versuch, die vorgeschriebenen Worte möglichst exakt nachzuschreiben, trat die geschilderte Unfähigkeit zwar bald mehr, bald weniger, immer aber

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sehr deutlich hervor. Die ersten Buchstaben erreichen zumeist schon nicht die Größe der Vorschrift, werden dann sehr bald immer kleiner, und dies ist um so auffallender, als in dem Heft, wie bereits gesagt, durch eine mittlere Doppellinie und eine obere und untere Grenzlinie die Größe aller Buchstaben in deutlich sichtbarer Weise bestimmt ist. Fast niemals gelingt es ihm, diese Grenzen zu erreichen, er bleibt fast immer erheblich darunter. Auffällig ist ferner eine Schwierigkeit in der Bildung von Schleifen und Haken, doch ist diese Schwierigkeit nicht immer gleichmäßig ausgesprochen, besonders beim Beginn des Schreibens nicht, wo insbesondere die Schleifen noch manchmal recht gut ausfallen. Bei den Wiederholungen sieht man dann zumeist freilich deutlich, wie die Schleifen schließlich zu Strichen werden. Ein sehr auffallendes Symptom bildet ferner die Unfähigkeit des Patienten, die gerade Richtung beim Schreiben — und zwar sowohl in horizontaler als in vertikaler Richtung — einzuhalten. Dies trat zuerst bei dem erwähnten Versuch einer Eingabe an die Militärbehörde sehr deutlich zutage. Es gelang dem Kranken nicht einmal, die Adresse an das Königl. Bezirkskommando usw. in dieser Beziehung ordnungsmäßig zu schreiben. Er zeigte sich außerstande, korrekt nebeneinander oder untereinander zu schreiben und zwischen den verschiedenen Schriftlinien gleichmäßige Zwischenräume zu lassen. Die Schriftproben zeigen diese Verhältnisse außerordentlich deutlich, besonders deutlich auch wieder bei Anwendung der Doppellinien, wobei der Patient mit seinen Schriftzeichen aus diesen Doppellinien herauskommt, so daß bald ein Wort innerhalb dieser letzteren, bald mehr oder weniger darunter oder darüber steht. Im allgemeinen wiegt die Abweichung von der geraden Horizontalen in der Richtung nach oben ganz erheblich vor. Ein Zeichen von Tremor zeigt die Spontanschrift so gut wie gar nicht, die Kopierschrift selten und nur andeutungsweise bei den ersten Buchstaben, offenbar wohl als Folge der Willensanstrengung beim Kopieren der Vorschrift. Dieser Tremor, eine leichte zickzackartige Abweichung von der Richtungslinie, machte sich besonders geltend an den großen Buchstaben, und zwar an dem oberen und unteren Ende. Er ist möglicherweise auch darauf zurückzuführen, daß der Patient sich bemühte, die richtige, durch die Linien fixierte Größe zu erreichen und hierbei besondere Schwierigkeiten hatte. Je weiter er nämlich bei seinen Bemühungen an die obere oder untere vorgezogene Linie gelangt, desto deutlicher (wenn auch stets nur sehr geringfügig) tritt das leicht Zickzackartige der Linienführung hervor. Besonders scheint hierbei die Schwierigkeit der Schleifenführung eine Rolle zu spielen; denn man sieht die genannte Erscheinung besonders beim deutschen kleinen g, p, y usw. Nachdem die Buchstaben, wie dies gewöhnlich sehr bald der Fall ist, kleiner geworden sind, fallen damit auch die Schleifen fort und die Linien sind glatt. An den kleinen Buchstaben sieht man so gut wie niemals irgendwelche Zitterspuren. Die Hand zeigte, wie ausdrücklich hervorgehoben werden soll, niemals irgend etwas von Tremor; es wäre also eigentlich richtiger, hier von „Zittern“ überhaupt nicht zu sprechen, sondern nur von einer ein Zittern vortäuschenden Linienführung, die allem Anschein nach durch eine besondere Anstrengung verursacht wird. Die einzelnen Buchstaben sind niemals an sich falsch geschrieben, abgesehen davon natürlich, daß sie bei zunehmender Kleinheit immer undeutlicher werden und schließlich als Buchstaben überhaupt nicht mehr zu erkennen sind. Jeder Buchstabe steht an seiner richtigen Stelle, ein Versetzen, ein Vertauschen von Buchstaben ist nirgends wahrzunehmen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ebensowenig ein Auslassen. Von den geschilderten Störungen sind die großen Buchstaben annähernd im gleichen Verhältnis betroffen wie die kleinen, nur einzelne große Buchstaben geraten häufig längere Zeit hindurch größer, aber besser, besonders der Anfangsbuchstabe des Familiennamens des Patienten. Er war ersucht worden, besonders seinen Namen zu üben, um die erwähnte Unterschrift leisten zu können. Beim Schreiben von Ziffern ist die Störung in gleicher Weise vorhanden, die Bleistiftschrift ist nicht besser als die Tintenschrift. Mit der linken Hand schreibt der Kranke, was die geschilderte Störung betrifft, ebenso schlecht, wie mit der rechten. Die Kurrentschrift zeigt die gleichen Abweichungen wie die Lateinschrift. Macht der Patient Ruhepausen oder Absätze beim Schreiben, so fallen die nach dieser Pause begonnenen Schriftzeichen wieder etwas größer aus als diejenigen, die den Beschluß der vorhergehenden Phase bildeten. Es macht demnach den Eindruck, als ob während der Pause eine gewisse, freilich sogleich wieder verfliegende Erholung stattgefunden habe.

Über den Beginn der Schreibstörung läßt sich Bestimmtes nicht sagen, insonderheit vermögen wir nicht anzugeben, ob dieser etwa ein plötzlicher gewesen ist. Der Patient selbst kann nach dieser Richtung hin keine Auskunft geben. Wie schon erwähnt wurde, machte sich die Störung dem Kranken selbst bemerkbar, als er eine Meldung an das Bezirkskommando machen wollte. Dies war Mitte Juni 1908. Noch Ende April hatte er seine Erklärung, daß er als freiwilliger Pensionär in die Anstalt aufgenommen zu werden wünsche, mit normalen Schriftzügen unterschrieben (freilich mit Bleistift). Danach darf man vermuten, daß die Störung in dem Zeitraum zwischen den genannten Daten eingetreten ist. Apoplektiforme Insulte sind in der genannten Zeit nicht beobachtet worden, insonderheit auch keine vorübergehenden Paresen der rechten Extremitäten, kurzdauernde Sprechschwierigkeiten u. dgl.

Seit seiner Entlassung aus der Anstalt hat sich Patient in seiner Häuslichkeit befunden und lebt in einem Vororte Berlins. Er ist seither von Juliusburger weiter beobachtet und behandelt worden. Vor kurzem untersuchten wir ihn gemeinschaftlich eingehend. Die Pupillenreaktion ist in jeder Beziehung eine normale, die Kniephänomene sind gleichmäßig vorhanden, offenbar lebhafter als früher. Der Gang ist ohne Besonderheiten, nur vielleicht etwas steif und verlangsamt, jedoch hält Patient mit jedem Begleiter Schritt, und für die gewöhnliche Betrachtung ergibt der Gang nichts Abnormes; das Aufstehen erfolgt ohne Mühe. Die sämtlichen Gefühlsqualitäten sind wohl erhalten. Die Sprache ist artikulatorisch nicht gestört, jedoch ist sie etwas monoton, ohne Klangwechsel, auch ist Patient allem Anschein nach außerstande, über eine gewisse Grenze hinaus laut zu sprechen, er kann nicht laut kommandieren, nicht schreien usw. Ein Verwandter von ihm berichtet, daß diese Eintönigkeit der Sprache in früheren Zeiten nicht bestanden habe, vielmehr erst seit der Krankheit aufgefallen sei. Hier und da endlich fällt es auf, daß Patient einzelne Worte unnötigerweise wiederholt, besonders, wenn er mit „nein“ eine Frage beantwortet, dieses „nein“ acht- bis zehnmal rasch hintereinander sagt. Im übrigen ist die Sprache durchaus geläufig, irgendwelche Störungen im Sinne einer Aphasie oder dgl. sind durchaus nicht vorhanden.

Die geschilderte Schreibstörung besteht unverändert fort, eine Neigung zum unnötigen Wiederholen macht sich auch hier geltend. Aufgefordert, das „Vaterunser“ oder „Die Glocke“ oder das Gedicht „Ich schieß den Hirsch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

usw." aus dem Gedächtnis aufzuschreiben, schreibt er die ersten Zeilen stets doppelt, ohne dafür einen stichhaltigen Grund angeben zu können.

In allen wesentlichen Punkten gleicht der demonstrierte Fall dem zuletzt erwähnten Löwy'schen, vor allem auch, soweit das Symptom der Mikrographie in Betracht kommt. Ob es sich bei den sehr rasch verfliegenden und jedenfalls nicht sehr erheblichen Sprachstörung gleichfalls um eine Koordinationsstörung von gleicher Beschaffenheit wie die Schreibstörung handelt, lassen wir dahingestellt. Die subjektiven Gefühle (Gefühl von Geschwollensein der Zunge, die als Fremdkörper empfunden wird) lassen dies annehmen. Auch leichte apoplektiforme Zustände haben in unserem Falle wahrscheinlich stattgefunden. Dagegen läßt sich nicht nachweisen, daß die Schreibstörung im Anschluß an einen solchen zutage getreten sei, es müßte denn sein, daß ein ganz leichter Insult übersehen worden wäre, was nicht wahrscheinlich ist. Dagegen unterscheidet sich unser Fall von dem Löwy'schen wieder dadurch, daß der Patient andauernd und bestimmt jedes Gefühl von Spannung, von Schwerbeweglichkeit in der rechten Hand bzw. den Fingern beim Schreiben bestreitet. Ein Gefühl, als ob die Hand auf der Unterlage wie festgeklebt sei, behauptet er nicht zu haben. Das ist merkwürdig; denn nach der Art der Schrift sollte man es eigentlich annehmen. Objektiv scheint uns die Annahme eines Tonus indes auch dadurch bewiesen, daß beim Beginn neuer Sätze die Buchstaben zu allermeist etwas größer ausfallen, eine Erscheinung, deren nächstliegende Erklärung doch auf einen vorübergehenden Nachlaß der Spannung hinweist, die dann bei Fortsetzung des Schreibens sich alsbald wieder geltend macht. Man muß also wohl annehmen, daß dem Patienten selbst vielleicht doch infolge einer gewissen geistigen Stumpfheit dieses Gefühl nicht recht zum Bewußtsein kommt.

Manche Züge im vorliegenden Krankenbild erinnern zweifellos an den Symptomenkomplex der Paralysis agitans sine agitatione, so insbesondere der bei genauer Betrachtung oft etwas steife, verlangsamte Gang, eine gewisse Steifigkeit bei bestimmten Bewegungen, wie z. B. beim Aufstehen, die immerhin etwas auffällige Monotonie der Sprache, das Fehlen der Modulation, das Fehlen eines lebhaften Mienenspiels usw., endlich die gelegentlich bemerkbare Neigung zur Fehlerhaftigkeit beim Sprechen und Schreiben. Diese Störung und Verlangsamung der kombinierten Bewegungsakte geht indes, wie erwähnt, mit keiner nachweisbaren Muskelspannung bei passiven oder aktiven Bewegungen einher, ganz abgesehen davon, daß ja die anderen bekannten Hauptmerkmale der Paralysis agitans fehlen. Es handelt sich hier also möglicherweise um eine Rigidität von Koordinationen ohne wirkliche Muskelrigidität (Löwy).

Der Versuch, sich über den anatomischen Sitz dieses Symptoms eine Vorstellung zu machen, stößt auf erhebliche Schwierigkeiten. Man muß berücksichtigen, daß es sich bei dieser eigentümlichen Störung nicht um eine Auswahl der beim Schreiben in Funktion tretenden Muskeln, sondern um deren Gesamtheit handelt und doch die Störung ausschließlich eintritt bei der in Tätigkeit tretenden Schreibbewegung. Von den oben erwähnten Fällen sind zwei zur Sektion gelangt, einer von Pick und einer von Löwy. Im ersteren (Schlaganfall nach Syphilis) fanden sich mehrere kleine Erweichungsherde in beiden Hemisphären, und zwar im vordersten Abschnitt des Sehhügels und im Knie der inneren Kapsel, links ein zweiter kleiner Herd im vorderen Ende des Linsenkernes. Im zweiten Fall (Paralysis agitans sine agitatione nach Hemiplegie) fanden sich beiderseitig

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herde im Streifenhügel. Indem Löwy auf die elektrischen Reizungsversuche von Prus zurückgreift, spricht er die Vermutung aus, daß in der Nachbarschaft der Willkürbahnen eine Tonusregulierung, und zwar im Sinne einer Herabsetzung des Tonus stattfinde; möglicherweise habe diese ihren Sitz intbesondere im Streifenhügel. Bei Verletzungen dieser Gegend müsse dann naturgemäß eine Erhöhung des Tonus stattfinden. Dies ist eine Hypothese, die wir nur der Vollständigkeit wegen anführen, ohne zunächst einen Versuch zu deren Bestätigung oder Widerlegung zu machen. Autoreferat.

(Der Fall wird ausführlich im „Archiv für Psych. und Nervenkrankh." veröffentlicht werden.)

Diskussion:

Forster (Berlin) weist auf die Arbeiten von Babinski hin. Die Fälle von Moeli haben Ähnlichkeit mit der von B. beschriebenen Diadokokinesis. Zum Nachweis von Steifigkeit der Glieder bedarf es besonderer Untersuchung. Es könnte sich um eine Erkrankung im Bereich der kleineren Systeme handeln.

Ziehen fragt, ob der Augenschluß das Schreiben veränderte und ob die Akkomodation gestört war.

Boedeker verneint beides.

Frenkel-Heiden (Berlin): Über Untersuchung des respiratorischen Stoffwechsels bei Psychosen.

Vortragender hat nach dem Vorgang von Bornstein (Göttingen) den respiratorischen Stoffwechsel in drei Fällen von Hebephrenie geprüft. Auf Grund seiner Resultate konnte er im Gegensatz zu Bornstein keine wesentlichen Veränderungen gegen die Norm finden. Weitere Untersuchungen müssen zeigen, ob es sich hier um verschiedene Kategorien der Hebephrenie handelt. Vortragender vermißt bei Bornstein die Angabe der Körpertemperatur der Versuchspersonen, die für solche Versuche äußerst wichtig ist.

Zum Schluß betont Vortragender die Bedeutung der Ernährung und glaubt, daß die jetzige gewöhnliche Kost der Geisteskranken erheblicher Modifikationen bedarf. Er verweist auf die Versuche von Hirschlaff bei Basedow'scher Krankheit, welche den Beweis bringen, daß übermäßige Eiweißzufuhr zu Intoxikationserscheinungen führen kann.

Diskussion:

Ziehen glaubt, daß viele Vorurteile gegen derartige Versuche vorhanden sind, diese dürften aber auf Mißverständnissen beruhen. Man begnügt sich zu leicht, die gefundenen Abweichungen von der Norm als Folge der Erregung oder Stuhlgangsstörungen u. a. anzusehen. Diese Bedenken sind zwar durchaus gerechtfertigt, doch werden diese Komponenten, soweit möglich, bei der Untersuchung ausgeschaltet. Unter dieser Voraussetzung könnten sie uns doch gewisse Einblicke eröffnen. Durch die andauernden Veränderungen des Stoffwechsels könnten doch fortlaufende Störungen in der Hirnrinde hervorgerufen werden, die sich schließlich nach außen dokumentieren. Schon Meynert habe zahlreiche Psychosen als Autointoxikationen aufgefaßt. Wenn auch die bisherigen Resultate der Versuche sich sehr widersprechen, dürften sie doch in Zukunft der Psychiatrie noch wertvolle Aufschlüsse liefern und speziell auch der Therapie neue Wege weisen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

L. Borchardt (Berlin): Demonstration.

Patient ist ein 22jähriger Schlosser, der aus gesunder Familie stammt und stets gesund gewesen sein will; venerische Infektion wird negiert. Am 8. Dezember 1908 fiel Patient rücklings mit dem Kopf auf die Kante einer Kiste und zog sich eine blutende Wunde an der rechten Kopfseite zu. Keine Bewußtlosigkeit, er konnte allein nach Hause gehen. Am nächsten Tage Erbrechen, das einige Zeit anhielt, jetzt aber geschwunden ist. Seit dem Unfall klagt Patient über Kopfschmerzen, echten Drehschwindel, Hinfälligkeit; außerdem trat etwa 14 Tage nach dem Trauma eine Schwäche im linken Arm und im linken Bein auf. Patient kann, wie er angibt, zunächst gut gehen, ermüdet aber mit dem linken Bein schon nach wenigen Minuten und muß es dann nachschleifen. Objektiv findet sich Nystagmus bei seitlichen Endstellungen, leichte Hemiparese der linken Seite mit Babinski'schem Phänomen, geringer Intentionstremor der linken, manchmal auch der rechten Hand, doch ist rechts dieses Symptom unsicher. Die wahrscheinlichste Diagnose ist Sclerosis multiplex. Das Trauma ist wohl nicht als ätiologischer Faktor im eigentlichen Sinne zu betrachten, sondern lediglich als auslösendes Moment.

Diskussion:

Max Edel: Der Patient ist mir vom Vorstand der Ortskrankenkasse in Kalkberge Rüdersdorf zur Begutachtung geschickt worden. Ich habe ihn einmal untersucht und mich für die Überweisung in eine Klinik ausgesprochen. Einige Erscheinungen, wie Fehlen des Würgreflexes, konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, das Befallensein der einen Seite u. a. ließen mich annehmen, daß neben der organischen Affektion eine Hysterie besteht, wie sie sich häufig an Unfälle anschließt.

L. Borchardt (Schlußwort): Eine konzentrische Gesichtsfeldeinengung hat bei der klinischen Untersuchung nicht festgestellt werden können. Auch sonst fanden sich keine sicheren Zeichen einer Hysterie.

III. Bibliographie.

S. Freud: Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. II. Folge. Deuticke, Leipzig-Wien 1909.

Das Buch enthält eine Reihe von Aufsätzen, die im Laufe der letzten drei Jahre an verschiedenen Orten erschienen sind, aber durch den behandelten Stoff innig zusammengehören. — Das Bruchstück einer Hysterieanalyse (1905) wurde viel zitiert, weniger gut verstanden. Es liegt z. T. an der schwierigen Darstellung des Themas, z. T. an der ungenügenden Vorbereitung der meisten Leser in diesem speziellen Gebiete. Aus der Analyse geht aber

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit Sicherheit hervor, wie alle Symptome bei der Hysterie innig mit dem Vorleben und Streben des betreffenden Individuums verknüpft sind. F. zeigt neue Zusammenhänge zwischen scheinbar fremden Elementen. Tagesphantasien, Träume, Symptomhandlungen sind ebenso notwendig zum Verständnis der Hysterie wie die klassischen Symptome. Der Standpunkt von F. ist ein wirklich psychogenetischer. Er bedeutet für die Psychologie, was die Embryologie und vergleichende Anatomie im 19. Jahrhundert für die Biologie gewesen sind.

Zwei Aufsätze (V und X) enthalten äußerst anregende Gedanken über das Phantasieren der Dichter und der Hysteriker. Verf. zeigt, wie man beim Normalen und beim Hysterikus noch in erhöhtem Maße die Elemente der Phantasie nachweisen kann, die beim Dichter eine üppige bis gewaltige Entwicklung einnimmt. Die Phantasie wird bis in die Kindheit verfolgt, der Zusammenhang mit den kindlichen Spielen und den gefühlsbetonten Komplexen wird wahrscheinlich gemacht. — Die pathogene Rolle der Tagträume, der verdrängten, nach Erfüllung ringenden Wünsche wird überall hervorgehoben, speziell in dem Aufsatz VI: Allgemeines über den hysterischen Anfall, der als Darstellung (Projektion ins Motorische) der unbewußten Phantasien definiert wird. F. gibt die Resultate, zu denen er nach langjährigen Beobachtungen gekommen ist, ohne seine schöne Kasuistik mitzuteilen. Einleuchtend werden die aufgestellten Thesen nur, wenn man selbst über ein genügendes Material verfügt. Diese Art der Darstellung (ohne Material) hat seine großen Gefahren, man hält leicht die Konstruktionen für schnell hingeworfene Gedanken, die drei Abhandlungen zur Sexualtheorie haben dadurch eine unverdiente Beurteilung erfahren. Dies gilt auch für den Aufsatz IV: Charakter und Analerotik. In Nr. VII und VIII schildert F. seine auf Grund von einigen tiefen Psychanalysen bei Kindern gewonnenen Anschauungen über die sogenannten kindlichen Sexualtheorien. Ein gutes Stück Kinderpsychologie, das den Ärzten und Pädagogen sehr willkommen sein dürfte: welche Probleme beschäftigen die Kinderpsyche? ihre Wirkungen auf die Entwicklung, die Bedeutung der sexuellen Aufklärung für die Prophylaxe.

Das Buch Freud's ist, wie ersichtlich, sehr reichhaltig, es bietet eine Fülle von anregenden Gedanken, von neuen weitreichenden Gesichtspunkten. Freud macht Pionierarbeit. Man muß erst prüfen, dann urteilen.

A. Maeder (Zürich).

S. Freud: Die Traumdeutung. Zweite verm. Aufl. Deuticke, Leipzig und Wien 1909. 386 S.

Neun Jahre sind seit dem ersten Erscheinen des Freud'schen Werkes über die Traumdeutung verflossen, das sich als Aufgabe vorsetzte, Licht in die widerspruchsvolle Schattenwelt der Träume zu bringen. Man hat sich aber noch bis heute wenig veranlaßt gesehen, diesem Forscher auf seinem Pfade in unbekanntes Gebiet zu folgen. Wer sich jedoch entschlossen hat, sich in das Buch mit seinem reichen und überaus anregenden Inhalt zu vertiefen, wird bald ohne Rückhalt bekennen, daß hier ein tiefgründiges, scharfsinniges Werk geschaffen ist. Allerdings kann die Lektüre allein zunächst nur Einsicht in die konsequente Durchführung von Gedanken und Ansichten vermitteln, die sich für Freud aus seinen ausgedehnten Erfahrungen in Traumanalysen ergeben

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haben. Um selbst Stellung zu dem Buche nehmen zu können, muß man daran gehen, die darin angegebene Methodik an der Analyse eigener Träume oder solcher von anderen, die sich den Regeln der Technik unterwerfen wollen, zu prüfen. Diejenigen, die eine Nachprüfung der Freud'schen Ansichten über den Traum an Hand der von ihm gegebenen Methodik versucht haben, stimmen ihm in den wesentlichen Punkten bei. Es ist schlechterdings unmöglich, ohne tiefreichende eigene Erfahrung dem Werke gerecht zu werden, indes steht zu hoffen, daß eine eingehendere Befassung mit dem bedeutungsvollen Inhalt mehr und mehr statthaben wird, denn die Beherrschung der Traumanalysen bildet ein wichtiges Erfordernis für die Handhabung der Freud'schen psycho-analytischen Technik zur Erforschung und Behandlung der Psychoneurosen.

Die nachstehende kurze Übersicht einiger Hauptgesichtspunkte der Freud-schen Darlegungen über den Traum kann zwar keinen Begriff geben, was das Studium des Buches selbst an Anregung und Erkenntnis gibt, da diese Dinge eine Darstellung auf sehr breiter Basis erfordern; immerhin mag sich einer kurzen vorherigen Orientierung die Lektüre des Werkes selbst eher anschließen.

Freud umschreibt Aufgabe und Inhalt seines Buches dahin, er werde den Nachweis erbringen, daß es eine psychologische Technik gebe, die gestatte, Träume zu deuten, und daß bei Anwendung dieses Verfahrens jeder Traum sich als ein sinnvolles psychisches Gebilde herausstelle, das an angebbarer Stelle in das seelische Treiben des Wachens einzureihen sei. Er werde ferner versuchen, die Vorgänge klar zu legen, von denen die Fremdartigkeit und Unkenntlichkeit des Traumes herrühre, und aus ihnen einen Rückschluß auf die Natur der psychischen Kräfte ziehen, aus deren Zusammen- oder Gegeneinanderwirken der Traum hervorgehe. An diesem Punkte, wo das Problem des Träumens in umfassendere Probleme einmünde, werde er abbrechen, da deren Lösung an anderem Material (den Psychoneurosen) in Angriff genommen werden müsse.

Die zuerst behandelte wissenschaftliche Literatur der Traumprobleme, die an Hand der einzelnen Fragestellungen geschildert wird, zu denen der Traum Anlaß gibt, eröffnet einen weitreichenden Einblick in all die Schwierigkeiten und Widersprüche, die der Traum beim Versuch seiner Erforschung bietet, und in die gegenseitig unvereinbaren Ansichten der Autoren, die nach Freud's Meinung keines seiner Rätsel endgültig gelöst haben.

Freud schildert dann, wie er selbst auf die Vermutung, daß der Traum eine Bedeutung habe, und auf die Möglichkeit eines wissenschaftlichen Verfahrens der Traumdeutung gekommen sei. Im Verlauf seiner psychoanalytischen Studien, gewisse psychopathologische Gebilde, wie die hysterischen Phobien, die Zwangsvorstellungen u. a. aufzulösen, erzählten ihm Patienten, die er verpflichtet hatte, ihm alle Einfälle und Gedanken mitzuteilen, die sich ihnen zu einem bestimmten Thema aufdrängten, ihre Träume und lehrten ihn so, daß ein Traum in die psychische Verkettung eingeschoben sein kann, die von einer pathologischen Idee her nach rückwärts in der Erinnerung zu verfolgen ist. Es lag nun nahe, fährt Freud fort, den Traum selbst wie ein Symptom zu behandeln und die für die sonstigen Symptome ausgearbeitete Methode der Deutung auf ihn anzuwenden. Diese Methode erstrebt eine Steigerung der Aufmerksamkeit für die (inneren) psychischen Wahrnehmungen und eine Ausschaltung der Kritik, mit der man sonst die auftauchenden Gedanken zu sichten pflegt. Bei der An-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wendung dieses Verfahrens auf den Traum darf man nach Freud nicht den Traum als Ganzes, sondern nur die Teilstücke seines Inhalts zum Objekt der Aufmerksamkeit machen, man hat den Traum von vornherein als ein Konglomerat von psychischen Bildungen aufzufassen.

An der Analyse eines Traummusters zeigt Freud dann seine Methode der Traumdeutung. Die Musterung der Einfälle, die sich nach Zerlegung des Traumes in seine Elemente zu diesen einstellen, erweist Freud, daß dieser Traum einen Sachverhalt so darstellt, wie ihn der Träumer wünschen möchte: sein Inhalt ist eine Wunscherfüllung, sein Motiv ein Wunsch. Es ergibt sich für Freud der Satz: Nach vollendeter Deutungsarbeit läßt sich der Traum als eine Wunscherfüllung erkennen; dieser Satz trifft für eine Reihe von Träumen ohne weiteres zu, d. h. es gibt unverhüllte Wunschträume (z. B. Bequemlichkeitsträume, Wunschträume der Kinder). Für die übrigen muß nach Freud beachtet werden, daß der Satz von der Wunscherfüllung nicht auf der Würdigung des manifesten Trauminhalts beruht, sondern sich auf den Gedankeninhalt bezieht, der durch die Deutungsarbeit hinter dem Traume erkannt wird, es ist die grundlegende Unterscheidung von manifestem und latentem Trauminhalt zu machen.

Zur Erklärung der Tatsache der Traumentstellung nimmt Freud als Urheber der Traumgestaltung zwei psychische Mächte im Einzelmenschen an, von denen die eine den durch den Traum zum Ausdruck gebrachten Wunsch bildet, während die andere eine Zensur an diesem Traumwunsche übt und durch diese Zensur eine Entstellung seiner Äußerung erzwingt. Die Formel für den Traum wird nun von Freud auf Grund all seiner zahlreichen Analysen zu dem Satze erweitert: Der Traum ist die (verkleidete) Erfüllung eines (unterdrückten, verdrängten) Wunsches.

Die Untersuchung des Traummaterials und der Traumquellen führt Freud zunächst auf das Rezente und das Indifferente im Traume; es ist, wie er behaupten muß, in jedem Traum eine Anknüpfung an die Erlebnisse des letzt abgelaufenen Tages aufzufinden. Aus zahlreichen Analysen ergibt sich für Freud, daß die Rolle des Indifferenten, Rezenten in einer Anspielung auf wichtige Gedanken beruht: was uns bei Tage in Anspruch genommen hat, beherrscht auch die Traumgedanken. Der psychologische Vorgang, durch den das gleichgültige Erlebnis zur Stellvertretung für das psychisch wertvolle gelangt, ist, wie Freud es ausdrückt, so, als ob eine Verschiebung des „psychischen Akzentes“ durch eine Reihe von Mittelgliedern zustande käme: der indifferente Eindruck ist ein Verschiebungsersatz des Wichtigen. Es ist dies nach Freud aufzufassen als eine Äußerung der Traumentstellung, als eine Folge der zwischen zwei psychischen Mächten bestehenden Durchgangszensur; er erwartet dabei, daß die Traumanalyse regelmäßig die wirkliche psychisch bedeutsame Traumquelle aus dem Tagesleben aufdecken wird, deren Erinnerung ihren Akzent auf die gleichgültige Erinnerung verschoben hat.

Bei der Betrachtung des Infantilen als Traumquelle ergibt sich für Freud aus einer Reihe von Analysen, daß man in vielen Träumen das Kind mit seinen Impulsen weiterlebend findet; so daß z. B. der Wunsch, der den Traum erregt, obzwar ein gegenwärtiger, doch eine mächtige Verstärkung aus tiefer reichenden Kindererinnerungen bezieht.

Die somatischen Traumreizquellen, auf die von den Autoren am häufigsten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

für die Erklärung der Träume zurückgegriffen wird, lassen dabei nach Freud das Motiv unerklärt, das die Beziehung zwischen dem Reiz und der zu seiner Deutung gewählten Traumvorstellung regelt. Freud faßt die somatischen Reizquellen so auf, daß sich die Seele entweder überhaupt nicht um die Anlässe zu Sensationen während des Schlafes kümmere, wenn sie dies gegen die Intensität und die von ihr wohlverstandene Bedeutung dieser Reize vermag; oder sie verwende den Traum dazu, diese Reize in Abrede zu stellen, oder endlich, wenn sie die Reize anerkennen müsse, so suche sie jene Deutung der Reize auf, die die aktuelle Sensation als einen Teilbestand einer gewünschten und mit dem Schlafen verträglichen Sensation hinstellt, da der Traum der Wächter, nicht der Störer des Schlafes sei.

Unter typischen Träumen faßt Freud eine Anzahl von Träumen zusammen, die fast jedermann in derselben Weise geträumt hat. Er bespricht hier den Verlegenheitstraum der Nacktheit. Freud sieht in ihnen Exhibitionsträume, Wiederholungen von Eindrücken aus der „prähistorischen" Kindheitsperiode bis etwa zum vollendeten vierten Jahre. Die peinliche Empfindung des Traumes wäre die Reaktion des zweiten psychischen Systems dagegen, daß der von ihr verworfene Inhalt der Exhibitionsszene dennoch zur Vorstellung gelangt ist. Die Träume vom Tod teurer Personen, wobei schmerzlicher Affekt verspürt wird, erläutert Freud dahin, daß der Träumer der betreffenden Person irgend einmal in der Kindheit den Tod gewünscht habe. Zur Stütze dieser Ansicht schildert Freud wichtige Züge des Kinderseelenlebens. Bei der Schilderung einiger anderer typischer Träume bietet sich Freud die Gelegenheit, auf die ausgiebige Verwendung der Symbolik für die Vorstellung sexuellen Materials im Traume hinzuweisen.

Bei seinem Standpunkt, daß aus dem manifesten Trauminhalt der latente Trauminhalt oder die Traumgedanken zu entwickeln seien, findet sich Freud vor die neue Aufgabe gestellt, die Beziehungen des manifesten Trauminhalts zu den latenten Traumgedanken zu untersuchen und nachzuspüren, durch welche Vorgänge aus den Traumgedanken der Traum geworden ist; diese Vorgänge bezeichnet er insgesamt als die Traumarbeit. Die Vergleichung von Trauminhalt und Traumgedanken zeigt ihm zunächst eine großartige Verdichtungsarbeit: der Traum ist knapp, armselig, lakonisch im Vergleich mit dem Umfang und zur Reichhaltigkeit der Traumgedanken; die Traumelemente werden aus der ganzen Masse der Traumgedanken gebildet und jedes von ihnen erscheine in bezug auf die Traumgedanken mehrfach determiniert. Es sind für ihn so als Einzelheiten der Verdichtungsarbeit zu erkennen: die Auswahl der mehrfach in den Traumgedanken vorkommenden Elemente, die Bildung neuer Einheiten (Sammelpersonen, Mischgebilde) und die Herstellung von mittleren Gemeinsamen.

Des weiteren hat nach Freud bei der Traumbildung eine Übertragung und Verschiebung der psychischen Intensitäten der einzelnen Elemente stattgefunden, indem einerseits die psychisch hochwertigen Elemente ihrer Intensität entkleidet und andererseits auf dem Wege der Überdeterminierung aus minderwertigen neue Wertigkeiten geschaffen wurden; diesen Vorgang bezeichnet Freud als die Verschiebungsarbeit.

Als drittes Moment bei der Verwandlung der Traumgedanken in den Trauminhalt ist nach Freud nicht gering anzuschlagen: die Rücksicht auf die Darstellbarkeit in dem eigentümlichen psychischen Material, dessen sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Traum bedient, also meist in visuellen Bildern, wobei sich der Traum zahlreicher Symbolisierungen bedient, die im unbewußten Denken bereits fertig vorliegen. Lehrreiche Beispiele des Vorgehens der Traumarbeit zeigt Freud an Zahlen und Reden im Traume.

Über die intellektuellen Leistungen im Traume äußert sich Freud dahin, daß alles, was sich als scheinbare Betätigung der Urteilsfunktion in den Träumen vorfinde, nicht etwa als Denkleistung der Traumarbeit aufzufassen sei, sondern dem Materiale der Traumgedanken angehöre und von dorther als fertiges Gebilde in den manifesten Trauminhalt gelange.

Über die Affekte im Traume findet Freud aus seinen Analysen, daß sie durch die Traumarbeit unverrückt geblieben sind, doch stehe es der Traumarbeit frei, den Affektanlaß aus seinen Verbindungen in den Traumgedanken zu lösen und beliebig wo anders im Trauminhalt einzufügen.

Den vierten Faktor bei der Traumarbeit erkennt Freud in der sekundären Bearbeitung als Betätigung einer psychischen Funktion, die von unserem wachen Denken nicht zu unterscheiden sei; sie bewirke (so durch Einschaltungen), daß der Traum den Anschein der Absurdität und Zusammenhangslosigkeit verliere und sich dem Vorbilde eines verständlichen Erlebnisses annähere.

Auf die interessanten, aber nicht einfachen Ausführungen Freud's zur Psychologie der Traumvorgänge läßt sich hier nicht eingehen, da der ganze Zusammenhang zum Verständnis notwendig ist; es lassen sich nur einige Andeutungen geben. Freud kommt auf Grund von Betrachtungen über die Arbeitsweise des psychischen Apparats und seine Entwicklung zu dem Satze, es sei das Träumen ein Stück des überwundenen Kinderseelenlebens; ferner ergibt sich ihm die Folgerung, daß wir den ganzen Schlafzustand über ebenso sicher wissen, daß wir träumen, wie wir es wissen, daß wir schlafen. Zweierlei wesensverschiedene psychische Vorgänge sieht Freud an der Traumbildung beteiligt: der eine schaffe vollkommen korrekte, dem normalen Denken gleichwertige Traumgedanken, der andere verfahre damit (in der Traumarbeit) auf eine höchst befremdende, inkorrekte Weise. Wenn man sich mit einem Minimum von völlig gesichertem Erkenntniszuwachs begnügen wolle, so beweise uns, sagt Freud. der Traum, daß das Unterdrückte auch beim normalen Menschen fortbestehe und psychischer Leistungen fähig bleibe. Den theoretischen Wert der Beschäftigung mit dem Traum sieht Freud in den Beiträgen zur psychologischen Erkenntnis und in der Vorbereitung für das Verständnis der Psychoneurosen.

Vertieft man sich in das Studium des Werkes selbst, so sieht man sich von einer ungeahnten Seite her weit in interessante und auch praktisch wichtige Probleme der Psychologie hineingeführt, die in der Behandlung Freud's weitgehende Klärung finden. Stockmayer (Tübingen).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Referate und Kritiken.

Krankheiten der peripheren Nerven.

Ewald (Hamburg-Altona): Isolierte Neuritis des Nervus suprascapularis nach Trauma.

(Medizin. Klinik 1909, Nr. 2.)

Der Fall ist durch seine Seltenheit interessant; er betraf einen 59jährigen Rheumatiker mit mäßigem Potatorium. Indem dieser bei abduziertem, im Ellbogen gebeugtem Arm auffiel, zog er sich eine Subluxation des akromialen Klavikulaendes mit Absprengungen vom Akromion zu. Nach einigen Wochen zeigte sich totale atrophische Lähmung der Musculi supra- und infraspinatus. Sie waren die Folge einer direkten Quetschung des isolierten Nervus suprascapularis, offenbar durch Druck der Klavikulamitte gegen die erste Rippe, wobei der Skalenus medius mit dem daraufliegenden Nervus suprascapul. getroffen wurde. Die Prognose ist in solchen Fällen schlecht. Trapezius und Deltoideus müssen vikariierend in bescheidenem Umfange eintreten.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Neurosen und Verwandtes.

M. Trappe: Die hysterischen Kontrakturen und ihre Beziehungen zu organisch bedingten Krankheitszuständen des Menschen.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. 19, 1908, S. 514.)

T. unterzieht sich der dankenswerten Aufgabe, an einer Reihe von Fällen die Pathogenese der hysterischen Kontrakturen zu analysieren. Er kommt zu dem Schluß, daß die Hysterie nicht nur organische Krankheiten kopiert, sondern daß sich hysterische Leiden auch genau nach denselben Gesetzen entwickeln, wie organische Krankheiten, sofern nur die hysterische Veranlagung des Pat. die Grundlage dafür bietet: „die hysterische Kontraktur entwickelt sich, wenn die Willenskraft des Patienten nicht imstande ist, gewisse sensible Reize zu überwinden, als übermäßig starke Reaktion auf dieselben." „Die hysterische Kontraktur entwickelt sich stets auf organischer Grundlage." „Sie wird hervorgerufen durch schmerzhaft sensible Reize, die von einer Verletzung oder einer Erkrankung ausgehen." Verf. beweist, daß bei einer Reihe von Fällen die hysterische Kontraktur durch krankhafte Uberwertung sensibler Reize entstanden ist. — So überzeugend die Ausführungen des Verf. für die Mehrzahl seiner Fälle sind, so kann sich Ref. der Ansicht nicht anschließen, daß alle hysterischen Kontrakturen auf diese Weise entstehen. G. Liebermeister (Cöln).

Hoppe: Idiopathic status hemiepilepticus and genuine focal epilepsy.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Dez. 1908.)

Verf. bespricht zuerst einen Fall, in dem der Kranke sehr bald in einem Status hemiepilepticus, d. h. unter halbseitigen Krämpfen, zugrunde ging, nachdem einige Tage lang Zustände von Benommenheit usw. vorangegangen waren. Die Sektion hatte ein absolut negatives Ergebnis (eine mikroskopische Untersuchung des Gehirns fand nicht statt). — Weiterhin bespricht Verf. eingehend

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unter Anführung zahlreicher Krankengeschichten solche Fälle von Epilepsie, die unter dem Bilde der Jackson'schen Epilepsie verlaufen, ohne daß eine organische Erkrankung des Gehirns nachzuweisen ist. Diese „idiopathische partielle Epilepsie" ist zum Unterschied von der symptomatischen Jackson'schen Epilepsie nicht progredient, die nach den Anfällen bestehenden Paresen sind nicht permanent und führen nie zu einer wirklichen Lähmung. Zum Schluß warnt Verf. eindringlich vor einem operativen Eingreifen bei diesen Fällen; ein solches soll erst in Frage kommen, wenn außer den Krämpfen resp. Spasmen noch anderweitige Symptome einer organischen Hirnerkrankung festzustellen sind.

Kölpin.

E. Rohde: Stoffwechseluntersuchungen an Epileptikern.
(D. Arch. f. klin. Med., Bd. 95, 1908, S. 148.)

R. hat an 6 Patienten Untersuchungen angestellt. Bei einer Patientin, einem recht schweren Fall, ließen sich jedesmal 1—2 Tage vor einer Serie von Anfällen Störungen nachweisen: Blutdruck und Pulszahl steigen langsam an, allmählich bildet sich eine Bewußtseinstrübung aus, eine schon vorher vorhandene Stickstoffretention erreicht höhere Grade, es kommt zu Herabsetzung der Blutalkaleszenz und Vergrößerung der Harnazidität durch Bildung einer organischen Säure (Milchsäure). Im ersten Anfall tritt eine Steigerung aller Erscheinungen auf: in dem auf die Krämpfe folgenden, 5—15 Min. dauernden Zustand schwerer Benommenheit ist Blutdruck und Pulszahl stark erhöht, ebenso die Säurebildung, es werden große Mengen Rechtsmilchsäure ausgeschieden, es kommt zu Nierenreizung: Polyurie, Albuminurie, Zylindrurie, ferner zu einer vorübergehenden Hyperleukozytose und Verschiebung des Blutbildes durch Auftreten vermehrter Lymphozyten und großer mononukleärer Formen. Eine halbe Stunde nach dem Anfall ist die Leukozytose verschwunden, die Milchsäureausscheidung beendet; die Alkaleszenzverminderung des Blutes hält an, es stellt sich Erhöhung der Harnsäure- und Phosphorsäureausscheidung ein. In den folgenden Anfallstagen bleiben die Erscheinungen die gleichen, zeitweilig tritt Fieber ein. Die Säuerung des Urins und die dadurch bedingte vermehrte Ammoniakausscheidung nimmt zu. Während nun die psychischen und körperlichen Symptome bedrohlicher werden, Temperatur, Blutdruck, Pulszahl weiter ansteigen und das Körpergewicht stetig sinkt, klingen die Folgeerscheinungen der Stoffwechselstörung ab: die Urinsäuerung und Ammoniakausscheidung werden geringer, Harnsäure, Phosphorsäure-, Milchsäureausscheidung nehmen ab. Zuletzt werden unter Abklingen der Anfälle Temperatur, Blutdruck, Pulszahl, Körpergewicht normal. Die vermehrte Harnsäure- und Phosphorsäureausscheidung überdauert den letzten Anfall um einige Stunden, desgleichen die vermehrte Stickstoffausscheidung. Bei leichteren einzelnen Anfällen ohne starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, ebenso wie bei anderen, weniger schweren Fällen waren diese Änderungen des Stoffwechsels nicht nachweisbar.

G. Liebermeister (Cöln).

Bernhard: Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit.
(Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 27.)

Der Verfasser geht die verschiedenen Theorien und Behandlungsmethoden durch. Die chirurgische Behandlung, deren Bedeutung und Gefahren er würdigt,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

will er nicht von vornherein angewendet wissen, sondern erst nach dem Versuch einer Besserung durch die Mittel der inneren Medizin.

Müller (Dösen).

Riedel: Die Prognose der Kropfoperation bei Morbus Basedowii.

(Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 40.)

Nach Riedel werden die Gefahren der Kropfoperation bei Morbus Basedow übertrieben. Er hat mit ihr glänzende Erfolge erzielt und fordert sie für alle durch Kropf veranlaßte Fälle, während die innere Behandlung nur in den seltenen Fällen ohne nachweisbare Vergrößerung der Schilddrüse angezeigt sei.

Müller (Dösen).

L. Borchardt: Die Hypophysenglykosurie und ihre Beziehung zum Diabetes bei der Akromegalie.

(Zeitschr. für klin. Med., Bd. LXVI, 1908, S. 332.)

Es gelang, bei Kaninchen durch sterilisierten, eiweißfreien Hypophysenextrakt vorübergehende Glykosurie mäßigen Grades hervorzurufen, als deren Ursache eine Hyperglykämie nachgewiesen wurde. Bei Hunden gelang es auf diese Weise nur selten, einwandfreie Zuckerausscheidung hervorzurufen. Der Hypophysenextrakt gab die als charakteristisch für Adrenalin geltende Reaktion der mydriatischen Wirkung am isolierten Froschauge sehr prompt, dagegen fiel die Eisenchloridreaktion negativ aus. — Im klinischen Teil seiner Arbeit stellt B. 176 Fälle von Akromegalie zusammen, unter denen sich in 71 Fällen (40 %) Zucker im Urin nachweisen läßt. B. vermutet, daß eine pathologische Funktionssteigerung der Hypophyse die Ursache der Glykosurie bei Akromegalie ist.

G. Liebermeister (Cöln).

W. Ebstein: Beiträge zur Lehre vom Diabetes insipidus.

(D. Arch. f. klin. Med. Bd. 95, 1908. S. 1.)

Auf Grund einer ausführlichen Kritik von zahlreichen eigenen Fällen und solchen aus der Literatur kommt E. zu dem Schluß, daß der Diabedes insipidus, wie sich in vielen Fällen nachweisen läßt, auf nervöser Basis entsteht, sei es infolge materieller Schädigungen oder funktioneller Störungen des Nervensystems. Häufig spielt die Lues in seiner Genese eine Rolle. E. will nicht bloß die Fälle als Diabetes insipidus bezeichnet wissen, bei denen die Polyurie als das erste Zeichen bemerkt wird, sondern auch diejenigen, bei denen die Polydipsie das erste Zeichen der Erkrankung darstellte. Diagnostische Irrtümer im Sinn eines Übersehens von schweren Strukturveränderungen der Nieren (Schrumpfnieren) sind zu vermeiden. Die Therapie muß eine ätiologische sein. Kochsalzarme Diät wirkt häufig sehr günstig, dagegen ist vor Flüssigkeitsentziehungen zu warnen.

G. Liebermeister (Cöln).

Psychiatrie und Neurosen.

Vedrani: Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali.

(Giorn. di psich. clin. e tecnic. manicom. XXXVI, 1—2.)

Eine längere Arbeit, die sich mit klinischen Erörterungen befaßt vornehmlich im Anschluß an vier deutsche Publikationen, nämlich an Dreyfuß' Buch über Melancholie, Rehm's Sätze aus dem Jahresbericht der Münch. Klinik 1907,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Willmann's „Differentialdiagnostik der funktionellen Psychosen" (diese Zeitschr. 1. Aug. 07) und Jahrmärker's „Zur Frage der Amentia". Den Hauptanteil nimmt die Dreyfuß'sche Arbeit in Anspruch, Verf. tritt in der Frage der Involutionsmelancholie diesem Autor bei, nämlich daß sie zum manisch-depressiven Irresein gehöre, daß zwischen agitierter und Hemmungsmelancholie kein Unterschied bezüglich der klinischen Stellung zu machen sei usw. Rehm's Einwurf ist ihm nicht stichhaltig, denn Melancholien heilen auf alle Fälle ab, wenn sie auch noch so lange dauern, wofür Verf. einige Beispiele anführt. Er erklärt auch noch, daß Dreyfuß ihn zu Unrecht einen warmen Verfechter der Lehre von der Involutionsmelancholie nennt. Der weitere Teil seiner Ausführungen betrifft die Frage der zirkulären Katatonie resp. die Differentialdiagnose zwischen Katatonie und manisch-depressivem Irresein. Katatone Symptome sind in den verschiedensten Formen zu beobachten, nicht selten auch bei letztgenannter; man muß daher mit der Diagnose vorsichtig sein, denn als Katatonie diagnostizierte Fälle können sich nachher als manisch-depressive erweisen. Dafür führt Verf. drei Beispiele an, in denen er eine Diagnose nicht gestellt, sondern sie der Zukunft überlassen hat, da gemischte Zeichen vorhanden waren. Ebenso wie mit dem katatonen Symptomenkomplex geht es mit der Amentia, die, wie Jahrmärker erwiesen hat, als eigene Form viel seltener ist, als man früher annahm, und in vielen Fällen eine Episode im manisch-depressiven Irresein darstellt. Ist es erlaubt, dem einige Worte hinzuzufügen, so muß man die Ansicht Jahrmärker's unbedingt teilen; was dagegen die Diagnosen Katatonie und manisch-depressives Irresein anbetrifft, so will es Ref. bedünken, daß weit öfter fälschlich „manisch-depressives Irresein" diagnostiziert wird, wo es sich um eine Form der Dementia praecox handelt, als umgekehrt, was allerdings auch vorkommt.

Wolff (Katzenelnbogen).

Bergamasco (Ferrara): Appunti sulla importanza della eredità, specialmente similare, della frenosi maniaco-depressiva.

(Giorn. di psich clin. e tecnic. manicom. XXXVI, 1—2.)

Da bekanntlich die Heredität bei obiger Psychose eine große Rolle spielt, hat Verf. dieselbe bei 59 Familien studiert. Dabei handelt es sich im ganzen um 157 Individuen, darunter 109 mit manisch-depressivem Irresein, 13 mit Dementia praecox, 12 mit Pellagra, 6 mit Dementia senilis, 4 Epileptiker, 2 Hysterien, 3 Paralytiker, 3 mit Delirium acutum, 1 Fieberdelir, 1 Amentia, 2 mit Moral insanity, 1 mit postapoplekt. Demenz.

Bei 44 Fällen mit Heredität in der Aszendenz fand Verf. nur viermal den Eintritt der Erkrankung später als bei der Aszendenz, speziell bei Vererbung von väterlicher Seite, er fand also im allgemeinen die Ansicht Pieracini's bestätigt, daß beim Hereditarier der Deszendent früher erkrankt als seine Vorgänger.

Er fand weiter, daß beim manisch-depressiven Irresein eine homöomorphe Heredität vorwiegt.

Die Häufigkeit der Heredität väterlicherseits ist größer als die von mütterlicher Seite.

Bei den Abkömmlingen Manisch-depressiver findet man kein Überwiegen des einen oder des anderen Geschlechts. Wolff (Katzenelnbogen).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

A. Westphal: Über ein im katatonischen Stupor beobachtetes Pupillenphänomen sowie Bemerkungen über die Pupillenstarre bei Hysterie.

(Deutsche medizinische Wochenschrift 1907, Nr. 27.)

Verf. hat bei Katatonikern eine vorübergehende Formänderung der Pupillen, die queroval wurden, beobachtet, und zugleich eine ebenfalls nur temporäre Verschlechterung des Lichtreflexes, die bis zur völligen Lichtstarre ging. Eine endgültige Erklärung dieser Befunde, die gewiß großes Interesse beanspruchen dürfen, ist zurzeit wohl noch nicht möglich. Erwähnt sei nur, daß Westphal, dem wir bekanntlich neben Karplus auch die ersten Beobachtungen von Pupillenstarre im hysterischen Anfall verdanken, ausdrücklich betont, daß es sich bei der von ihm jetzt beschriebenen Pupillenstörung — ganz ähnlich wie bei der hysterischen — keineswegs um reflektorische Pupillenstarre, d. h. nicht um isoliertes Fehlen der Lichtreaktion bei im übrigen erhaltener Pupillenbeweglichkeit handelt, sondern um eine Innervationsstörung der gesamten Irismuskulatur, welche die völlige Unbeweglichkeit der Pupille zur Folge hat.

Bumke (Freiburg i. Br.).

Szigeti: Seltenerer Fall von Paramnesie.

(Elme-és idegkórtan 1908, Nr. 3—4. Ungarisch.)

Ein 27jähriger Mann, der seit seinem siebenten Jahre an häufigen Kopfschmerzen und an epileptischen Krampfanfällen leidet, die sich jährlich 2—3mal wiederholen, bei dem auch Gesichtshalluzinationen beobachtet wurden, geriet mit seinem Vater in einen Wortstreit, versetzte ihm einen Messerstich, worauf eine Balgerei entstand, in deren Verlauf der Sohn den Vater erschlug. Der Täter wurde verhaftet und bezüglich seines Geisteszustandes untersucht. Hierbei ergab sich die interessante Erscheinung, daß Pat. an der Wahnvorstellung festhielt, alle Vorfälle, die sich unmittelbar vor und dann seit dem Wortstreite mit ihm ereigneten, sämtliche Situationen, in denen er sich seither befand, bereits vor zwei Jahren einmal erlebt zu haben; alles, bis ins kleinste Detail, habe sich genau so zugetragen, er kenne auch aus jener Zeit all die Personen, die ihn jetzt umgeben, den Arzt, den Aufseher, die Wächter, Mitarrestanten usw. Von dieser falschen Vorstellung war Pat. durch keinerlei Vernunftgründe abzubringen, und als er späterhin in eine Irrenanstalt verbracht wurde, erstreckte sich die Gedächtnisstörung auch auf diesen Vorgang. Epstein (Nagyszeben).

Vernbek: Induziertes Irresein.

(Gyógyászat 1908, Nr. 35. Ungarisch.)

Mitteilung eines Falles von Querulantenwahn, wo die Wahnideen der Mutter auch den Sohn beeinflußten. Der Fall bietet weniger klinisches, als vielmehr sozial-irrenärztliches Interesse, weil durch ihn wieder einmal zu Verdächtigungen wegen „widerrechtlicher Freiheitsberaubung" Anlaß gegeben war. Allerdings erfolgte später in demselben Blatte, welches die Angelegenheit breitschlug, ein reuiger Widerruf. Epstein (Nagyszeben).

Pick: Über eine besondere Form von Orientierungsstörung und deren Vorkommen bei Geisteskranken.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 47.)

Dem Kranken kommt es so vor, als ob die Umgebung um 180° gedreht wäre. Pick bezieht die Erscheinung auf die Bogengänge, knüpft an ähnliche

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Orientierungsstörungen an und versucht eine Lokalisation in der Hirnrinde an der hinteren Zentralwindung oder den Schläfenwindungen.

Müller (Dösen).

Zsakó: Graphologische Diagnose.

(Orvosi hetilap 1908, Nr. 40—42. Ungarisch.)

Nach Krankheitsformen geordnete kurze und für praktische Ärzte lesenswerte Darstellung jener Störungen und Eigenheiten, die an der Schrift, sowie an der Form und im Inhalte der Briefe Geisteskranker zu beobachten sind. Die Arbeit, welcher einige interessante Schrift- und Zeichenproben als Illustrationen beigegeben sind, bringt im übrigen nichts Neues.

Epstein (Nagyszeben).

Révész: Die Rechenfähigkeit der Schwachbefähigten und deren genauere Wertung.

(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns, 1908, 3.)

Durch die Ranschburg'sche Formel, deren Zähler die Summe der sofort und der nach Korrektion richtig gelösten Aufgaben bildet, während der Nenner die Lernzeit angibt, lassen sich nach Révész's Untersuchungen die persönlichen Leistungen der Schüler und die Eigenarten der einzelnen Rechenoperationen exakt vergleichen.

Müller (Dösen).

Oskar Pfister (Pfarrer in Zürich): Wahnvorstellung und Schülerselbstmord. (Auf Grund einer Traumanalyse beleuchtet.)

(Schweiz. Blätter für Schulgesundheitspflege und Kinderschutz 1909, Nr. 1.)

Der Herr Pfarrer übergibt in dem vorliegenden kleinen Aufsatze „ein sehr einfaches, aber lehrreiches Beispiel psychoanalytisch-pädagogischer Seelsorge, wie sie jedem Lehrer unter Umständen obliegen kann, der Öffentlichkeit".

„Der Fall betrifft einen intelligenten, ethisch überaus feinfühligen Jüngling, der im Zustand einer hier nicht näher zu beschreibenden unterbewußten Verjüngung einen schweren Fehltritt begangen hatte." Bei der Exploration durch den Herrn Pfarrer stellte sich heraus, daß der junge Mann einmal infolge eines Traumes in größte Angst und Verzweiflung geraten war, so daß er sich das Leben nehmen wollte. Er hatte davon geträumt, er habe mit seiner Schwester Inzest begangen, und er konnte das Gefühl nicht wieder los werden, dem Traume entspreche eine Wirklichkeit. Erst die Erklärung seiner Schwester selbst konnte ihn beruhigen. „Nehmen wir nun an, die erlösende Aussprache gegen die Schwester wäre aus irgendeinem Grunde unterblieben, so werden wir einen Schülerselbstmord für recht wahrscheinlich halten."

Traumanalyse und Vorgeschichte ergaben nun: Der Knabe hatte sich von seiner Schwester Aufklärung über die Herkunft der Kinder zu verschaffen gesucht. Solche Gespräche hatten ihn sexuell erregt und die Begehrlichkeit richtete sich unwillkürlich auf die Schwester. Um diese Zeit wurde er zum Onanieren verleitet. Nach einem erschütternden Erlebnis kam dann durch eine religiöse Bekehrung eine Besserung zustande (er onanierte nicht mehr) und dieser Sieg des sittlichen Bewußtseins trat etwa einen Monat vor dem verhängnisvollen Traum ein. „Während also früher die sexuellen Phantasien, auch die auf die Schwester gerichteten, sogleich verdrängten Gedanken durch die in anderer Hinsicht um so bedrohlichere Onanie abreagiert worden waren, mußte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich der sinnliche Wunsch nunmehr einen anderen Ausweg suchen. Glücklicherweise genügte der Traum als Reaktion des verdrängten Komplexes, so daß schwerere Störungen, wie Lähmungen, Abwehrneurosen in Form von heftigen Kopfschmerzen u. dgl., ausblieben. Immerhin ging der Affekt des verdrängten Sexuallebens auf die Erinnerung an das Traumgebilde über und erzeugte hier jenes heftige Angstgefühl, das nach Freud in derartigen Zuständen das untrügliche Merkmal des unbefriedigten Geschlechtstriebes bildet."

Wichtiger freilich als diese Traumanalyse ist die Tatsache als solche, daß der Herr Pfarrer in Freud'scher Psychoanalystik macht. „Den sittlichen und religiösen Defekten meiner Zöglinge nachgehend, sah ich mich in den letzten Monaten sehr oft genötigt, die Freud'sche Methode anzuwenden. Das diagnostische Assoziationsexperiment von C. G. Jung in Zürich leistete die wertvollsten Beiträge zur Verfeinerung des psychoanalytischen Instrumentes, und so gelangte ich, ohne es eigentlich zu wollen, zu einer experimentellen Moralpädagogik" (!).

Ich zitiere nur noch den Schluß: „Ein Wunsch möge zum Schluß ein Plätzlein finden. Ich hätte früher nie geglaubt, daß viele Schüler an verdrängten Komplexen und ihren Nachwirkungen kranken. Meine Beobachtungen haben diese optimistische Ansicht ins Wanken gebracht. Jedenfalls sollten unsere Pädagogen mit heißer Liebesmühe allen Erscheinungen auf den Grund zu dringen suchen, die auf innere Not ihrer Zöglinge schließen lassen. Wer sich die Neurosenlehre Freud's angeeignet hat, kann unendlich viel Elend verhüten." „In zahlreichen Fällen handelt es sich um eine seelische Hygiene, die durchaus ins Ressort des Erziehers gehört. Die Heilung ist dann eine moralische Frage. Darum ist sie Sache des Erziehers oder des Lehrers und gehört zu seinen erfreulichsten und segensreichsten Geschäften."(!)

Der Aufsatz steht nebenbeibemerkt in einer Zeitschrift die dem „Kinderschutz" gewidmet ist. Spielmeyer.

A. Bornstein: Die chemische Zusammensetzung des Blutes bei progressiver Paralyse. (Aus der Göttinger Psychiatrischen Klinik.)
(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. 25.)

Das Blut der Paralytiker zeigt eine schwache Abnahme der Alkaleszenz. Eine Bildung größerer Mengen organischer Säuren findet jedoch im allgemeinen nicht statt. Auch das Verhältnis der verschiedenen Eiweißarten im Blut (Albumin : Globulin) ist annähernd ein normales. Dagegen weist die Lumbalflüssigkeit meist einen vermehrten Globulingehalt auf.

Es handelt sich bei dieser Vermehrung des Globulins daher um lokale Entzündungsprozesse. Der Lezithingehalt des Serums war zum Teil an der Grenze des Normalen, zum Teil erhöht, ein Befund, der sich mit anderen Resultaten (Peritz) wie mit den Wassermann'schen Untersuchungen sehr wohl in Einklang bringen läßt. Hoppe (Uchtspringe).

Fankhausen: Zur pathologischen Anatomie der Dementia senilis.
(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1909, Heft 2.)

Bericht über die anatomischen Veränderungen im Gehirne einer $101\,^3/_4$ Jahre alten Frau und Vergleich der Hirnveränderungen und Hirngewichte bei psychisch gesunden und kranken Senilen. Spielmeyer.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Baccelli: Nuovi documenticlinici per la dimostrazione della frenosi maniaco-depressiva.

(Giorn. di psich. clin. e tecnic. manicom, XXXVI. 1—2.)

Ein kasuistischer Beitrag von 13 Fällen zum manisch-depressiven Irresein. Es soll dadurch bewiesen werden, daß das einmalige Auftreten einer Manie oder Melancholie außerordentlich selten sein muß, denn noch viele Jahre nach dem ersten Anfall kann ein zweiter sich einstellen. Demgemäß sind die Fälle des Verf. solche mit großen Intervallen, nämlich von 15—31 Jahren. Zum Beweise der Ansicht Kraepelin's, daß, je später der erste Anfall auftrete, um so günstiger die Prognose sei, hält Verf. allerdings ein bei weitem ausgedehnteres Material für notwendig; das hier beigebrachte spricht nicht sehr dafür.

Wolff (Katzenelnbogen).

Aldo Montemezzo: Sopra uno stato amenziale episodico nella frenosi maniaco-depressiva.

(Giorn. di psich. clin. e tecnic. manicom. XXXVI, 1—2.)

Ein kasuistischer Beitrag, in dem es sich um einen fünftägigen Zustand von Amentia im Beginn einer manisch-depressiven Psychose handelte. Der Kranke hatte sich im prodromalen depressiven Zustande dem Alkoholgenuß ergeben, dieser sowie die hinzukommende Sitophobie, Schlaflosigkeit und Agitation veranlaßten einen Zustand schwerer Erschöpfung, der die amenten Symptome der Desorientiertheit, Delirien, Verwirrtheit, massenhafte Halluzinationen, Agitation und motorische Inkoordination, hervorbrachte. Nachher kam das reine Bild der Depression hervor.

Auf solche Episoden, die der Psychiater außerordentlich häufig sieht, glaubt Verf. aufmerksam machen zu müssen, um sich vor Fehldiagnosen zu bewahren. Er führt auch die Arbeit D'Ormea's über Puerperalpsychosen an, in der dieser Autor viele sogenannten „Puerperalpsychosen", die gewöhnlich für Amentia galten, sich als zirkuläre oder Dementia praecox-Fälle entpuppten.

Wolff (Katzenelnbogen).

V. Vermischtes.

Die 34. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte findet am 22. und 23. Mai in Baden-Baden statt. Geschäftsführer: F. Nißl (Heidelberg) und Laquer (Frankfurt).

Die Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater tagt am 1. und 2. Juni in München in der psychiatrischen Klinik. Referat: Syphilitische Geistesstörungen (A. Alzheimer und F. Plaut). Geschäftsführer der Versammlung: Alzheimer und Vocke (Eglfing).

Die 81. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte findet vom 19.—25. September in Salzburg statt. Einführende der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie sind: H. Obersteiner (Wien) und J. Schweighofer (Salzburg).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der 2. Medizinische Unfallkongreß tagt vom 23.—27. Mai 1909 in Rom. Unter den in Aussicht genommenen allgemeinen Fragen sind hier zu nennen:

Düms: Ärztliche Organisation bei Unfällen und Massenverunglückungen.

Miller: Organisation der gerichtsärztlichen Sachverständigentätigkeit bei Unfällen.

Nachweis und Prognose der Unfallneurosen. Referent?

Arbeitsfähigkeit vor und nach dem Unfalle. Referent: Liniger.

Thiem und Windscheid: Einfluß der Entschädigungsart auf den Verlauf sogenannter Unfallneurosen.

Feilchenfeld: Unfallstatistik.

L. Becker: Simulation.

Riedinger: Hysterische Haltungstypen.

Georg Müller: Apparatenbehandlung.

Marcus: Der Arzt als Volkserzieher in Verhütung von Unfällen und deren Folgen.

Der Vorsitzende des deutschen Komitees ist Thiem (Cottbus).

Aus dem Programm des XVI. internationalen medizinischen Kongresses in Budapest (29. August bis 4. September 1909).

In den allgemeinen Sitzungen:

Gruber (München): Vererbung, Auslese und Hygiene.

Kutner (Berlin): Das ärztliche Fortbildungswesen.

Laveran (Paris): La pathologie exotique.

Aus der Sektion I (Anatomie, Histologie, Embryologie):

Dogiel (St. Petersburg): Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse über die Endigungen sensibler Nerven.

Levi (Florenz): L'anatomie et l'embryologie des ganglions cérébro-spinaux.

Nußbaum (Bonn): Die Entstehung des Geschlechts.

Waldeyer (Berlin): Über den heutigen Stand der Neuronenlehre.

Braus (Heidelberg): Experimentell-embryologische Erfahrungen über die Entstehung der peripheren Nerven.

Aus der Sektion II (Physiologie):

Athanasiu (Bukarest): Les progrès de la méthode graphique et son application à la médecine.

Kreidl (Wien): Die Sensibilität der inneren Organe.

Tschermak (Wien): Tonische und trophische Innervation.

Nicolaidès (Athen): Die Hemmungen.

Tschirjew (Kiew): Über das anatomische Substrat der Seele resp. des Bewußtseins.

Veresz: Über die rhythmischen Bewegungen.

Le Gendre (Paris): Constitution et diathèse.

Aus der Sektion X (Kinderheilkunde):

Baginsky: Die Pathologie der Parasyphilis.

Johanessen (Christiania): Über Poliomyelitis-Epidemien in Norwegen.

Aus der Sektion XI (Neuropathologie):

Referate:

Bianchi (Neapel): Fonction des lobes frontaux.

Claude et Lejonne (Paris): Les lésions des centres nerveux dans les méningites cérébro-spinales. Lésions concomitantes. Séquelles.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dercum (Philadelphia): On the interpretation of Aphasia.
Erdheim (Wien): Über pathologische Anatomie und Histologie der Hypophyse. (Demonstration.)
Eulenburg (Berlin): Therapie der Basedowschen Krankheit.
Frankl-Hochwart (Wien): Die Diagnostik der Hypophysistumoren.
Head (London): Sensory impulses in the Brain and Spinal Cord.
Henschen (Stockholm): Über die Organisation des Sehzentrums.
Higier (Warschau): Pathologie der hereditären Krankheiten.
Homén (Helsingfors): Le rôle des bactéries dans la pathologie des maladies du système nerveux central.
Lejonne (Paris), vide Claude.
Lugaro (Messina): La fonction de la cellule nerveuse.
Marinesco (Bukarest): Pathogénie de la maladie de Basedow.
Monakow (Zürich): Lokalisationsprinzipien in der Aphasiefrage.
Meyer (New York): The Aphasia-material of the New York State Hospitals.
Obersteiner (Wien): Die Funktion der Nervenzelle.
Oppenheim (Berlin): Diagnose und Behandlung der Geschwülste innerhalb des Wirbelkanals.
Roth (Moskau): Les paralysies pseudobulbaires.
Sachs (New York): Pathology of hereditary diseases.
Sicard (Paris): Traitement de la névralgie faciale par les injections modificatrices locales.
Vogt (Frankfurt a. M.): Über pathologische Entwicklung des Zentralnervensystems und deren Bedeutung für allgemeine Fragen der Biologie und Pathologie.

Vorträge:

Abundo (Catana): La doctrine métamérique et les maladies nerveuses. — Allen (Philadelphia): Special Features concerning Multiple Neuritis. — Aubemau (Brest), vide Lenoble. — Bach (Marburg): Zur Einteilung der Augenmuskellähmungen. — Brissaud (Paris): Paraplégies spasmodiques non syphilitiques (c'est-à-dire celles qui correspondent au syndrome du tabes dorsal spasmodique d'Erb-Charcot). — Catsaras (Athen): Contribution à l'étude des formes cliniques du paludisme cérébral. — Claude (Paris), vide Raymond. Cottenot (Paris), vide Dufour. — Darkschewitsch (Kasan): Über Wegschaffung der Zerfallsprodukte der erkrankten peripherischen Nerven. — Déjerine (Paris), vide Poix. — Doerr (Zürich): Über seltenere Blutungen in das Zentralnervensystem. — Donath (Budapest): Die Behandlung der progressiven Paralyse mittels Nuklein-Injektionen. — Dufour et Cottenot (Paris): Vomissements incoercibles dans la grossesse et leurs rapports avec les lésions du système nerveux. — Durante (Paris): Métaplasies cellulaires dans le système nerveux. — Fuchs (Wien): Untersuchungen bei Paralysis agitans. — Gutzmann (Berlin): Die Behandlung der Aphasie. — Haskoveč (Prag): Sujet réservé. — Jendrassik (Budapest): Begriff der Neurasthenie. — Keller (Budapest): Die Bedeutung des Adductorenreflexes. — Klippel et Weil (Paris): Sur le régime des reflexes chez les tuberculeux pulmonaires. — Kouindjy (Paris): Méthode de la rééducation de la Salpêtrière. — Korányi (Budapest): Sujet réservé. — Kühne (Cottbus): Bedeutung des Schrecks für die Entstehung der Nerven- und Geisteskrankheiten. — Ladame (Genf): Tabes traumatique. — Laignel-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lavastine (Paris): Le plexus solaire des diabétiques. — Lazarus (Berlin): Pathogenese und Therapie der Ataxie. — Lenoble et Aubemau (Brest): Le nystagme-myoclonie. — Lhermitte (Paris): Sclérose en plaques: nature inflammatoire et pathogénie. — Liepmann (Berlin): Zum Stande der Aphasiefrage. — Mairet (Montpellier): 1. Folie hystérique; 2. L'inversion morale. — Marina (Triest): Le ganglion ciliaire est le centre périphérique pour l'innervation pupillaire à la lumière. — Minor (Moskau): La sémeiologie des lésions traumatiques du nerf sympathique cervical. — Muskens (Amsterdam): Weitere Untersuchungen über segmentale präepileptische Gefühlsstörungen und ihre klinische Bedeutung. — Müller (Breslau): Thema vorbehalten. — Petrén (Upsala): Über die sensorischen Bahnen im Rückenmarke und über die Lokalisation der peripherischen Sensibilität in der Gehirnrinde. — Pick (Prag): Lokalisation des Agrammatismus. — Poix (Le Mans) et Déjerine (Paris): Un cas de claudication intermittente d'origine médullaire. — Raoult-Deslongchamps (Paris): Sur quelques cas de névrites périphériques. — Raymond et Claude (Paris): Quelques remarques sur les syndromes protubérantiels. — Robinowitsch (New York): 1. The general and cerebral Blood Pressure in Electric Epilepsy; 2. The method of resuscitating electrocuted animals. — Saenger (Hamburg): Thema vorbehalten. — Sano (Antwerpen): L'origine du nerf phrénique. — Sarbó (Budapest): Parallelismus und Antagonismus im Verhalten der Sehnenreflexe der unteren Extremitäten. — Savill (London): On the influence of toxic blood states on the nervous system. — Schaffer (Budapest): Die funktionelle Bedeutung des Gyrus supramarginalis. — Scherb (Algier): Maladies mentales et nerveuses chez les indigènes musulmans de l'Afrique du Nord. — Schultze (Bonn): Zur Lehre von der Edinger'schen Aufbrauchstheorie. — Schwarz (Budapest): Sujet réservé. — Teschner (New York): Die erfolgreiche Behandlung veralteter und fortschreitender Lähmungen durch Reedukation. — Thöle (Hannover): Über Skoliose bei Ischias und ihre Ursache. — Traugott (Breslau): Traum und Hypnose. — Vires (Montpellier): 1. Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'épilepsie; 2. Cytotoxines nerveuses. — Weil (Paris), voir Klippel. — Weisenburg (Philadelphia): The nervous mecanism of respiration.

Aus der Sektion XII: Psychiatrie.

Referate:

Ballet (Paris): La classification des maladies mentales.

Bresler (Lublinitz): Einheitliche Bezeichnung und Einteilung der Psychosen.

Cramer (Göttingen): Die im Verlaufe der Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen.

Deventer, Van (Amsterdam): Die Pflege der Irren in eigener Wohnung.

Fischer (Budapest): Die Imbezillität vom klinischen und forensischen Standpunkt.

Friedländer (Frankfurt a. M.): Therapie der Hysterie und die moderne Psychoanalyse.

Hebold (Berlin): Über Epileptiker-Anstalten.

Keraval (Neuilly sur Marne): La classification des maladies mentales.

Moreira (Rio de Janeiro): Les troubles nerveux et psychiques dans l'artériosclérose.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Oláh (Budapest): Die im Verlaufe der Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen.
Ranschburg (Budapest): Über die Möglichkeit der Feststellung des geistigen Kanons des Normalmenschen.
Régis (Bordeaux): Neurasthénie et artériosclérose.
Roubinovitch (Paris): Essai de Psychiatrie pédagogique des enfants „difficiles".
Salgó (Budapest): Die Paranoiafrage.
Sommer (Gießen): Die Imbezillität vom klinischen und forensischen Standpunkte.
Spratling (New York): Colonies for Epileptics.
Tschitsch (Jurjew): Die im Verlaufe der Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen.
Wagner von Jauregg (Wien): Die Paranoiafrage.
Weygandt (Würzburg): Die Imbezillität vom klinischen und forensischen Standpunkt.

Vorträge:

Bond (London): A Description of „Long-Grove" Asylum the Jenth for the County of London. — Claude (Paris): Les rapports de l'hystérie et de l'épilepsie. — Crocq (Brüssel): Définition de la neurasthénie. Classification des états neurasthéniformes. — Epstein (Nagyszeben): Beiträge zur Rassenpsychiatrie. — Fischer (Pozsony): Über juvenile Paralyse. — Hudovernig (Budapest): Zur Unterscheidung funktionell und organisch bedingter Druckempfindlichkeit. — Konrád (Budapest): Über Erblichkeitsverhältnisse in der Nachkommenschaft von Geisteskranken. — Lechner (Kolozsvár): Über normale und pathologische Gefühle. — Meyer (New York): Zur Auffassung der Dementia praecox. — Mingazzini (Rom): Les aphasies en rapport avec les troubles psychiques. — Moreira (Rio de Janeiro): Les perturbations mentales chez les divers aborigènes des l'Amérique. — Pick (Prag): Der Hydrozephalus bei der umschriebenen senilen Hirnatrophie. — Rouby (Algier): 1. Les miracles de Lourdes chez les non-hystériques; 2. Les miracles de Lourdes chez les hystériques. — Schlöß (Kierling): Thema vorbehalten. — Tamburini (Rom): La démence primitive. — Wosinski (Balf): Die Behandlung der Epilepsie. — Ziehen (Berlin): Störungen des Wiedererkennens bei Geisteskranken.

Die 19. Versammlung der „Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française" findet in Nantes vom 2. bis 8. August 1908 statt.

Referate:

Les fugues en Psychiatrie (V. Parent fils).
Les chorées chroniques (Sainton).
Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal (Granjux und Rayneau).

Außerdem freigewählte Vorträge und Demonstrationen. Besuch der Irrenanstalt in Nantes.

Präsident: Vallon (St. Anne); Generalsekretär: Mirallié (Nantes).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Erstes Juniheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Aus der psychiatrischen Klinik in Freiburg i. Br.

Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins.

Vom Privatdozenten Dr. **Oswald Bumke,** I. Assistenten der Klinik.

Für die strengen Anhänger der engeren Kraepelin'schen Schule[1]) ist allmählich die überwiegende Mehrzahl aller „funktionellen" Psychosen zwischen den beiden großen Gruppen des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox aufgeteilt worden. Die klinische Arbeit der letzten Jahre ist demgemäß zum guten Teile mit der differentialdiagnostischen Abgrenzung dieser beiden Krankheitsformen beschäftigt gewesen, deren grundsätzliche Verschiedenheit von nahezu allen Autoren[2]) anerkannt wird. Während nun bis vor wenigen Jahren das Gebiet des manisch-depressiven Irreseins noch relativ eng umgrenzt zu werden pflegte und dafür der Kreis der Dementia praecox-Gruppe an Umfang immer mehr zunahm, ist jetzt darin ein Rückschlag eingetreten. Die warnenden Stimmen, die sich gegen die allzu häufige Annahme von jugendlichen Verblödungsprozessen seit Jahren von allen Seiten erhoben hatten[3]), haben Recht behalten und Erfolg gehabt: die Münchner-Heidelberger Schule gibt heute zu, nicht nur, daß viele von den Kranken, die früher zur Dementia praecox gerechnet worden waren, geheilt worden sind, sondern zugleich auch, daß der größere Teil von diesen nicht eingetroffenen Prognosen nicht auf einer unrichtigen Beurteilung des Verlaufes der Dementia praecox, sondern auf Fehldiagnosen beruht hatte. Als Grund wird dabei[4]) die früher geübte Überschätzung der diagnostischen Bedeutung des katatonischen Symptomenkomplexes angegeben.

[1]) Vgl. z. B. Wilmanns, Zur Differentialdiagnostik der „funktionellen" Psychosen. Gaupp's Zentralblatt vom 1. VIII. 07, Nr. 292, S. 569.

[2]) Eine Ausnahme hat P. J. Möbius gebildet. Vgl. unten S. 398.

[3]) Vgl. z. B. E. Stransky, Dementia praecox. Zentralblatt f. Nervenh. u. Psych. 1904, S. 168, und Thomsen, Dementia praecox und manisch-depress. Irresein. A. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 64, S. 633.

[4]) Vgl. Wilmanns, l. c.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Begriff der jugendlichen Verblödungsprozesse scheint also jetzt wieder enger gefaßt zu werden, eine Wandlung, die an den meisten Orten als erwünscht und als berechtigt aufgefaßt werden wird. Sie wird ein einheitlicheres und darum aussichtsvolleres Zusammenarbeiten in der Erforschung der Symptomatologie dieser Krankheitsgruppe möglich machen — sehr im Gegensatz zu der bisherigen Sachlage, bei der beinahe ein jeder unter Dementia praecox etwas anderes verstand und bei der deshalb für eine gemeinsame Analyse bestimmter Krankheitszeichen die Grundlagen fehlten. Erinnert sei an Pupillenveränderungen und ähnliches. Alle Untersuchungen über die Häufigkeit und über die diagnostische Bedeutung derartiger Symptome sind bisher in erster Linie daran gescheitert, daß niemand wußte, ob die Fälle, bei denen sie fehlten, überhaupt irgend etwas mit den echten Katatonien und Hebephrenien zu tun hatten.

In demselben Augenblicke, in dem in dieser Beziehung zwischen dem engeren und dem weiteren Kreise der Autoren, die Kraepelin's klinischer Auffassung nahestehen, wieder eine Verständigung angebahnt ist, erhebt sich nun aber eine neue Schwierigkeit, der gegenüber vielen der erreichte Vorteil als zu teuer erkauft erscheinen wird: der Begriff des manisch-depressiven Irreseins wird neuerdings so ausgedehnt, daß die Fülle der jetzt unter diesem Namen zusammengefaßten Krankheitsbilder den Rahmen zu sprengen droht, der sie umspannen soll. Zu einem guten Teile ergibt sich diese Entwicklung aus der oben erwähnten, vielfach gemachten, aber niemals bewiesenen Voraussetzung, daß nahezu alle funktionellen Psychosen zur Dementia praecox oder zum manisch-depressiven Irresein gehören müßten, als eine durchaus natürliche und gesetzmäßige Konsequenz. In der Tat neigen gerade die Autoren, die von dieser Voraussetzung ausgehen, zugleich auch dazu, die Mehrzahl der früher — mit Unrecht — zur Dementia praecox gerechneten Fälle nunmehr ohne weiteres für das manisch-depressive Irresein in Anspruch zu nehmen. Ermöglicht wird diese Auffassung durch einen eingreifenden Wandel, der in der Beurteilung sowohl der Symptomatologie wie der Prognose des manisch-depressiven Irreseins eingetreten ist. Auch bei dieser Krankheit sollen (wie bei der Epilepsie und bei der Paralyse z. B.) katatonische Symptomenkomplexe vorkommen und in seltenen Fällen soll als Endergebnis auch dieses Leidens ein gewisses psychisches Siechtum[1]) eintreten können. Beide Behauptungen mögen an sich richtig sein — unsere eigenen Untersuchungen bestätigen wenigstens die zweite durchaus —; ihre Verallgemeinerung jedoch bringt die Gefahr mit sich, daß das Gros der Fälle, bei denen sich die Diagnose

[1]) Emil Kraepelin, Fragestellungen der klinischen Psychiatrie. Gaupp's Zentralblatt, 28. Jahrg., 1. VIII. 05, S. 573.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Dementia praecox nicht hat aufrecht erhalten lassen, nun einfach über die Grenze, in das Gebiet des manisch-depressiven Irreseins hinübergeschoben wird. Demgegenüber muß die Möglichkeit nachdrücklich betont werden, daß eine ganze Reihe von funktionellen Krankheiten außer den zirkulären Formen und außer den jugendlichen Verblödungsprozessen existiert, denen wir bisher verständnislos gegenüberstehen, die aber mit keiner von beiden Gruppen irgendetwas Wesentliches gemein haben. Daß diese Kategorie der bisher ganz unklaren Fälle an Zahl nicht abnimmt, sondern eher noch wächst, wäre mehr erfreulich als bedauerlich, wenn in dem Tempo dieser Zunahme nur zugleich die Krankheitsbilder der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins klarer, durchsichtiger und schärfer umgrenzt würden. Leider ist das heute nicht der Fall.

Nun hat sich der Kreis der als manisch-depressives Irresein bezeichneten Psychosen in den letzten Jahren nicht nur nach der Seite der Dementia praecox, sondern viel mehr noch nach anderen Richtungen in einem Maße ausgedehnt, daß jetzt die Frage nötig erscheint: Was hält alle diese anscheinend nur lose verbundenen Krankheitsbilder noch zusammen, was ist wesentlich an diesem neuen „manisch-depressiven Irresein"? Diese Frage soll hier in erster Linie erörtert werden. Ihre Berechtigung braucht kaum erwiesen zu werden: die zirkulären Psychosen haben bisher auch in der erweiterten Form, die sie im manisch-depressiven Irresein Kraepelin's ursprünglich erhalten hatten, innerhalb der funktionellen Geistesstörungen die einzige Krankheitsgruppe dargestellt, deren innere Zusammengehörigkeit von allen Seiten zugegeben werden mußte, deren klinische „Entität" — sit venia verbo — wirklich feststand. Wir laufen jetzt Gefahr, auch diesen Begriff so diffus, so undeutlich und so unscharf werden zu lassen, daß er jede charakteristische Färbung, jede theoretisch und praktisch faßbare Eigenart einzubüßen droht. Die Geschichte der klinischen Psychiatrie ist reich an Erfahrungen, die vor einer solchen Entwicklung warnen sollten; erinnert sei nur an die Epilepsie, die noch vor Jahrzehnten als ein scharf umrissenes Krankheitsbild gelten konnte und deren Symptomatologie heute nach der Darstellung mancher Autoren in fließenden Übergängen direkt in das große ungeklärte Gebiet der allgemeinen nervösen Entartungszeichen hinüberführt.

Die Veranlassung für mich und zugleich meine Legitimation, zu der Frage des manisch-depressiven Irreseins Stellung zu nehmen, liegen darin, daß ich seit mehreren Jahren damit beschäftigt bin, das Material von periodischen Krankheiten, das in der Freiburger Klinik im Laufe der letzten 20 Jahre angesammelt worden ist, zu sichten. Von den Ergebnissen dieser Untersuchungen sollen heute nur einige, und zwar diejenigen mit-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geteilt werden, die allgemeinerer Natur sind und die zugleich die prinzipiellen Fragen betreffen, die durch die neuesten hierher gehörigen Publikationen in den Vordergrund der Diskussion gerückt worden sind. Die Eigenart dieser Probleme bringt es mit sich, daß diesen Schlüssen in erster Linie nicht die aus älteren Krankengeschichten entnommenen Daten, sondern mehr die persönlichen Erfahrungen zugrunde gelegt werden müssen, die ich im Laufe der letzten sieben Jahre selbst gewonnen habe. Dabei sei schon jetzt bemerkt, daß, wenn wir die Resultate dieser eigenen Untersuchungen denen anderer moderner Autoren gegenüberstellen, uns viel weniger die Tatsachen selbst, als die Beurteilung eben dieses Tatbestandes zu Schwierigkeiten und zu Differenzen Anlaß zu geben scheint. Das gilt in erster Linie für den Vergleich mit den Anschauungen von Specht, nicht ganz in dem gleichen Grade auch für die Erörterung der von Dreyfuß vertretenen Ansichten.

Seitdem die Verwandtschaft der periodischen und zirkulären Psychosen im älteren und engeren Sinne auf der einen und der Zyklothymie auf der anderen Seite erkannt ist, mit anderen Worten, seitdem die allerleichtesten Formen der manisch-melancholischen Verstimmungen in das Gebiet des manisch-depressiven Irreseins mit hineinbezogen worden sind, ist die Abgrenzung dieser Krankheitsgruppe nach einer Seite hin sehr schwierig geworden: die den leichten Stimmungsschwankungen der nervös Belasteten gegenüber. Gerade hier wäre eine scharfe Grenze sehr erwünscht, denn jenseits des Gebietes dieser nervösen Entartungszustände folgt unmittelbar, und wieder ohne trennenden Grenzwall, das der normalen Psychologie, die das Vorkommen periodischer Stimmungsschwankungen auch bei ganz gesunden Menschen längst nachgewiesen hat. Unleugbar sind in der Scheidung ganz leichter zyklothymischer Schwankungen von dem normalen, psychisch oder physisch wohl begründeten Stimmungswechsel des Gesunden theoretische und praktische Schwierigkeiten hier und da bereits zutage getreten. Um nur ein sehr geläufiges Beispiel zu nennen: Möbius hat bekanntlich eine gewisse Periodizität in Goethe's Leben aufgedeckt; wenn nun diese Tatsache so ausgedrückt wird, daß von Goethe's manisch-depressiver Veranlagung gesprochen wird [1]), so kann das nur zwei Dinge bedeuten: entweder bezeichnet dann das Wort „manisch-depressiv" nicht mehr bloß geisteskranke Menschen, oder aber der Begriff der Geisteskrankheit wird in einer Weise ausgedehnt, die nicht ohne Widerspruch gelassen werden darf.

Im übrigen muß wohl zugegeben werden, daß sich zwischen den

[1]) E. Kraepelin, Nekrolog für Möbius. Gaupp's Zentralblatt 1907, S. 200.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

periodischen Psychosen im engeren Sinne und der Zyklothymie scharfe Grenzen ebensowenig je ziehen lassen werden, wie zwischen der Zyklothymie und den ihr verwandten anderen Formen der nervösen Degeneration. Wir kommen darauf unten noch zurück. Die manisch-depressiven Zustände erwachsen eben insgesamt auf dem Boden der ererbten psychischen Entartung, und sie sind eben deshalb mit allen übrigen Äußerungen der psychopathischen Veranlagung durch fließende Übergänge verbunden. Praktisch bedenklich ist aber die Gefahr einer Verwechslung dieser Zustände mit der echten, erworbenen Erschöpfungsneurasthenie, mit der sie sehr wahrscheinlich gar nichts gemein haben. Daß diese Gefahr durch die neueste Entwicklung der Lehre vom manisch-depressiven Irresein nahe gerückt ist, scheint uns unbestreitbar zu sein, und zwar aus einem doppelten Grunde.

Einmal beginnt der ja von jeher schwierige Begriff der Periodizität neuerdings wieder unscharf zu werden. Ein periodischer Krankheitsverlauf gilt jetzt vielfach schon für nachgewiesen, wenn in der Anamnese eines Menschen überhaupt Verstimmungen festzustellen sind, und das auch dann noch, wenn für diese Verstimmungen eine äußerliche, eventuell körperliche Veranlassung oder aber ein psychologisches Motiv wahrscheinlich gemacht werden kann [1]).

Der zweite Grund, der uns noch wichtiger zu sein scheint, ist der, daß das Symptom der Hemmung auch in seinen leichtesten Erscheinungsformen als pathognomonisch für das Vorliegen eines manisch-depressiven Irreseins gelten soll, ohne daß u. E. jemals mit genügender Deutlichkeit bewiesen worden wäre, daß diese Form der („partiellen subjektiven") Hemmung bei der echten, nicht ererbten, sondern durch Erschöpfung erworbenen Neurasthenie wirklich niemals vorkommt.

Veranlassung zu dieser Bemerkung gibt uns das in letzter Zeit viel besprochene Buch von G. L. Dreyfuß: „Die Melancholie ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins" [2]), zu dem wir etwas ausführlicher Stellung nehmen wollen. Wir werden dazu etwas weiter ausholen müssen.

Die Zusammenfassung aller Einzelformen der periodischen und der zirkulären Psychosen zu einem einheitlichen Krankheitsbilde, eben dem manisch-depressiven Irresein durch Kraepelin, war häufig mißverstanden worden. Kraepelin hatte nicht sagen wollen, daß etwa jede „einfache"

[1]) Karl Wilmanns, Die leichten Fälle des manisch-depressiven Irreseins (Zyklothymie) und ihre Beziehungen zu den Störungen der Verdauungsorgane. Sammlg. klin. Vorträge. Neue Folge. Nr. 434. (Serie XIV, Heft 14.) Innere Medizin.

[2]) Jena, G. Fischer, 1907.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Manie — von einfachen Melancholien war in diesem Zusammenhange ja bisher nicht die Rede — ihren periodischen Charakter stets zeigen, d. h. daß diese Psychose unter allen Umständen rezidivieren müßte; maßgebend für ihn war vielmehr nur die Beobachtung, daß bei den verschiedenen Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins und nur bei diesen bestimmte klinische Erscheinungsformen immer wieder angetroffen wurden, die miteinander abwechselten und sich in mannigfachster Weise kombinierten, die sich aber bei näherer Analyse stets als aus den gleichen Grundzügen zusammengesetzt erwiesen. Wie fruchtbar diees Betrachtungsweisen z. B. für das Verhältnis der manisch-depressiven Mischzustände gewesen ist, ist allgemein bekannt; dagegen ist u. E. eines, weder von ihren Anhängern noch von den Gegnern, mit genügender Deutlichkeit betont worden: daß sie nicht mehr ganz von dem Grundprinzip der von Kraepelin inaugurierten „klinischen" Forschungsrichtung diktiert war, nach dem bekanntlich nicht gleichartige Zustandsbilder, sondern nach Verlauf und Ausgang zusammengehörige Krankheiten zu klinischen Einheiten zusammengefaßt werden sollten. Wie dieses Prinzip in dieser ganzen Frage später immer mehr und nicht ohne Schaden zurückgedrängt worden ist, soll nachher zu zeigen versucht werden.

Zunächst freilich und bis zu der Arbeit von Dreyfuß blieb diese klinische Betrachtungsweise noch insoweit für die weitere Forschung maßgebend, daß wenigstens die klimakterische Melancholie aus dem Formenkreise des manisch-depressiven Irreseins ausgeschieden wurde. An der Unmöglichkeit, alle Fälle dieser Art symptomatologisch von zirkulären Depressionen streng zu trennen, blieb allerdings kein Zweifel übrig; aber das Gros der Involutionspsychosen verläuft doch anders, zeigt in bezug auf Ätiologie, Dauer, Ausgang, in bezug auf die Neigung zu rezidivieren insbesondere, ein anderes Verhalten als die Depressionszustände, die in früheren Lebensperioden auftreten; dazu kam noch, daß manische Erkrankungen im Klimakterium keineswegs in der gleichen Häufigkeit angetroffen werden. Kraepelin selbst hat Thalbitzer gegenüber diese Gründe mehrfach auseinandergesetzt, und fast alle Autoren, die der Aufstellung des manisch-depressiven Irreseins überhaupt zustimmten, haben ihm darin recht gegeben. Ja man darf wohl sagen: für viele war die Ausscheidung der Involutionspsychosen eine notwendige Voraussetzung für die Annahme dieser neuen klinischen Schöpfung. — Außerdem aber glaubte die Kraepelin'sche Schule bisher allerdings auch symptomatologische Eigentümlichkeiten der Melancholie des Rückbildungsalters nachweisen und so eine scharfe und endgültige Trennung beider Formengruppen beweisen zu können: namentlich ein Kardinalsymptom des manisch-de-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pressiven Irreseins, die Hemmung, sollte bei den Seelenstörungen des Klimakteriums fehlen.

Hier setzt die Arbeit von Dreyfuß ein. Er bestreitet, und zwar auf Grund des Heidelberger Materials, beide Prämissen der bisherigen Lehre. Sowohl der Verlauf wie die Symptomatologie der Rückbildungs-Melancholie sollen sich nach ihm von dem Verhalten zirkulärer Depressionszustände nicht grundsätzlich unterscheiden. Die Anamnese und die Katamnese dieser Kranken sollen sehr häufig einen periodischen Verlauf der Krankheit aufdecken und das Symptom der Hemmung soll auch bei diesen Patienten nachweisbar sein.

Dreyfuß hat seine Behauptungen auf dem Studium eines recht großen, gründlich verarbeiteten Materials aufgebaut; an seinen tatsächlichen Feststellungen werden also voraussichtlich auch sehr viel ausgedehntere Nachuntersuchungen nicht viel zu ändern haben. Um so notwendiger erscheint uns aber eine genaue Kritik der Deutung, die er diesen Befunden gegeben hat. Im wesentlichen wird diese Kritik auf eine Auseinandersetzung über die Begriffe der Periodizität und der Hemmung hinauslaufen, die in der Beweisführung des Autors, wie erwähnt, eine außerordentlich wichtige Rolle spielen.

Wenden wir uns zunächst dem wichtigsten, dem symptomatologischen Teile seiner Ausführungen zu. Ihre Kritik erschöpft sich, wie gesagt, in der Behandlung der Frage, ob der Begriff der Hemmung, den Dreyfuß — in dieser Fassung zum ersten Male — einführt, und die diagnostische Bedeutung, die er ihm zuschreibt, haltbar und gerechtfertigt sind. Dreyfuß unterscheidet zwischen objektiver und subjektiver Hemmung und führt als Teilerscheinungen der zweiten Kategorie die folgenden an: a) Gefühl der Abnahme aller intellektuellen Funktionen, b) Gefühl der Erschwerung des Denkens und der Auffassung, c) Gefühl der Abnahme der gemütlichen Ansprechbarkeit, d) Gefühl der Hemmung des Willens und der Willenshandlungen, e) Entschlußunfähigkeit, f) Gefühl der Müdigkeit und Abspannung. Weiter — und das erscheint uns für unsere Fragestellung besonders wichtig — spricht nun Dreyfuß von einer partiellen subjektiven Hemmung dann, wenn nur ein Teil der eben aufgeführten subjektiven Hemmungserscheinungen bei einem Kranken nachweisbar ist.

Damit ist der alte Kraepelin'sche Hemmungsbegriff so sehr erweitert und so sehr jeder scharfen Fassung beraubt worden, daß nur wenige gesunde Menschen von sich werden behaupten können, niemals an partieller subjektiver Hemmung gelitten zu haben. Daß diese Hemmung bei der Involutionsmelancholie vorkommt, steht wohl außer Frage; findet man sie aber nicht überhaupt bei jeder krankhaften und bei jeder normalen De-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pression? Man kann doch den Begriff der normalen traurigen Verstimmungen nicht aus der Welt schaffen, und wer je zu solchen Depressionen Grund gehabt hat, hat sich dabei auch subjektiv gehemmt gefühlt. Deshalb ist es auch nicht wunderbar, daß wir demselben Symptom bei allen traurigen Kranken: bei Neurasthenikern, den echten sowohl wie bei den Psychopathen, bei Epileptikern, bei manchen Paralytikern und bei senil Dementen wiederbegegnen; und wenn wir in den Depressionszuständen der Hebephrenen und im Beginne der Dementia praecox überhaupt bisher nicht von echter Hemmung gesprochen haben, so scheint uns das jetzt, angesichts der Definition von Dreyfuß, recht konventionell. Es geschah zum Teil deshalb, weil zum Begriff der Hemmung bis heute der Nachweis objektiver Hemmungszeichen gehörte, zum Teil aber doch auch nur dem Dogma zuliebe, daß Dementia praecox-Kranke nicht gehemmt, sondern höchstens „gesperrt" sein könnten.

Um es noch einmal kurz auszudrücken: Das Symptom der partiellen subjektiven Hemmung ist nach unserer Auffassung zunächst gar kein Krankheitssymptom, sondern vielmehr die normale psychologische Begleiterscheinung der meisten gemütlichen Verstimmungen überhaupt.

Es will uns scheinen, als ob die Auffassung von der Periodizität, die Dreyfuß vertritt, ganz ähnlich beurteilt werden müßte; damit ist in der Hauptsache schon unsere Stellung zu dem klinischen Teil seiner Ausführungen angedeutet, mit dem wir uns jetzt noch beschäftigen wollen.

Oben wurde schon darauf hingewiesen, wie weit heute zuweilen der Begriff der Periodizität, und zwar der pathologischen Periodizität gefaßt wird. Dreyfuß geht wohl nicht einmal so weit. Immerhin stand ja von vornherein fest, daß er an seinem Material, demselben, das Kraepelin bei seiner Schilderung der Melancholie des Rückbildungsalters im Auge gehabt und das Gaupp seiner Darstellung der Depressionszustände des höheren Lebensalters[1]) zugrunde gelegt hatte, ausgesprochene Seelenstörungen vor der in der Heidelberger Klinik beobachteten Psychose nicht häufig finden konnte. Bei 13 von den 32 persönlich nachuntersuchten Fällen hat Dreyfuß in der Tat keinen periodischen Verlauf festgestellt, bei den übrigen dagegen ergab die Katamnese einen oder mehrere (meist kurz dauernde) Anfälle vor oder nach der klinisch behandelten Depression. Wir sehen dabei von der Möglichkeit des Hineinexaminierens bei den Nachuntersuchungen selbstverständlich ganz ab, stellen aber fest, daß es sich bei den vor der eigentlichen Psychose aufgetretenen Verstimmungen fast immer um Zustände gehandelt hat, welche die betreffenden Patienten sozial nicht un-

[1]) Münchner med. Wochenschrift, 1905, Nr. 32.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

brauchbar gemacht haben, und häufig um solche, an die sich die Kranken selbst erst auf mehrfaches Befragen überhaupt noch erinnern konnten. Im übrigen soll die Tatsache dieser Stimmungsschwankungen anerkannt und nur ihr Wert für die Annahme einer echten Periodizität bestritten werden. Daß Frauen, die in der Involution geisteskrank werden, gewöhnlich von jeher psychisch nicht so widerstandsfähig waren, wie andere, stand ohnedies ebenso fest, wie die Tatsache, daß eine solche Störung im seelischen Gleichgewicht sich in erster Linie in gemütlichen Schwankungen zu äußern pflegt. Fraglich bleibt nur, ob wir in jeder Stimmungslabilität den Ausdruck einer periodischen Veranlagung im Sinne des manisch-depressiven Irreseins sehen sollen. Daß und weshalb wir diese Frage verneinen zu müssen glauben, soll unten gezeigt werden; an dieser Stelle erscheint uns wichtiger als diese Meinungsverschiedenheit über die Anamnesen, die Dreyfuß erhoben hat, eine andere, die sich auf die Katamnesen bezieht.

Der Autor hat bei vielen der von ihm nachuntersuchten Kranken eine Heilung festgestellt, die — nach Angabe der Angehörigen — nur vorübergehend, für Tage gewöhnlich, durch Zeiten stärkerer Erregung oder deutlicher Verstimmung mit Hemmung unterbrochen wurde. Aus diesen abortiven Anfällen schließt Dreyfuß auf einen periodischen, eben zirkulären Verlauf. Offenbar handelt es sich dabei um die gleichen Beobachtungen, die schon Gaupp (l. c.) gemacht hatte, der sie wie folgt schilderte: „Häufiger als Heilung ist Ausgang in leichten depressiven Schwächezustand mit Verzagtheit, ängstlich hypochondrischer Stimmung, die auf äußere Anlässe hin (nicht rein endogen!) sich verschlimmert. Dieser Ausgang ist keineswegs immer verbunden mit seniler Demenz ...“ Auch hier also macht wieder nicht sowohl der Tatbestand an sich Schwierigkeiten, als seine diagnostische Beurteilung. Wieder läuft die Frage darauf hinaus, wie weit wir den Begriff der Periodizität fassen sollen. Ist es wirklich richtig, von periodischen Anfällen zu sprechen, wenn ein bis dahin gesunder Mensch im Klimakterium erkrankt und nach jahrelangem Bestehen der Psychose scheinbar wieder gesund wird, nur daß er eine abnorme Stimmungslabilität von seinem Leiden zurückbehält? Dem Schema, der Lehre vom manisch-depressiven Irresein entspricht gewiß die Auffassung von Dreyfuß besser, ob auch den klinischen Tatsachen, muß füglich dahingestellt bleiben.

Inkonsequent und gerade der von Kraepelin gelehrten klinischen Betrachtungsweise zu widersprechen scheint uns aber die Annahme von Dreyfuß: die (übrigens nicht häufigen) Fälle, die klinisch zunächst das Bild einer im Rückbildungsalter einsetzenden zirkulären Depression ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

boten und die schließlich (nach erfolgter Verblödung oder ohne das) post mortem eine Arteriosklerose gezeigt hätten, seien durch das „Hinzutreten" dieser Arteriosklerose zu deuten. Viel ungezwungener wäre doch die Auffassung, daß die Sklerose der Hirngefäße Depressionszustände hervorzurufen vermag, die sich klinisch, wenigstens lange Zeit hindurch, in nichts von zirkulären Depressionen unterscheiden. Wir besitzen ja aus der Psychopathologie der progressiven Paralyse ausreichende Analoga für die Annahme eines derartigen Zusammenhanges.

Zuzugeben ist dagegen selbstverständlich, daß Anfälle des zirkulären Irreseins auch im Rückbildungsalter beobachtet werden, und es ist wohl auch sicher, daß bei echten Manisch-Depressiven nicht ganz selten gerade in diesem Alter die erste Attacke auftritt, die eine Anstaltsbehandlung notwendig macht. Sind die Beziehungen der Involution zur Melancholie damit wirklich schon erschöpft?

Wir sahen schon, daß symptomatologisch die Unterscheidung zwischen zirkulären Depressionen und den depressiven Involutionspsychosen häufig nicht möglich ist; aber in sehr vielen Fällen bieten doch diese Kranken ein ganz anderes Bild als die (Manisch-)Depressiven. Es sei hier auf die außerordentlich klare Schilderung verwiesen, die Gaupp (l. c.) gegeben hat und die durch unsere eigenen, an dem Freiburger Material vorgenommenen Untersuchungen in allen wesentlichen Punkten bestätigt wird. Wir halten es für ausgeschlossen, daß die verschiedenen Formen, die hier in Betracht kommen — namentlich sei auf die von Gaupp beschriebene, von uns besonders oft beobachtete „depressive klimakterielle Erregung mit Ausgang in geistige Schwäche" hingedeutet —, insgesamt in den Kreis des manisch-depressiven Irreseins hineingezwängt werden könnten. Das meint auch wohl Dreyfuß nicht, und Kraepelin spricht in der Vorrede zu dessen Buch sogar ausdrücklich von „jenen anderen Depressionszuständen der höheren Lebensalter", „die wir einstweilen unter den unbestimmten Bezeichnungen der senilen und arteriosklerotischen Depressionen, der Spätkatatonien, der Angstpsychosen usw. zusammenfassen". Die sollen also nicht zum manisch-depressiven Irresein gerechnet werden, und auch den eigentlichen Involutionsmelancholien selbst will Kraepelin nach wie vor ihres Verlaufes wegen eine gewisse Eigenart zuerkennen.

Danach könnte man die Ausführungen von Dreyfuß so auffassen, als hätte er nur die sicher zirkulären Depressionen von den übrigen Psychosen der Rückbildungsjahre trennen und dem manisch-depressiven Irresein zurechnen wollen. Die genaue Durchsicht seiner Krankengeschichten — und übrigens auch schon deren Zahl — widerlegt aber diese Ansicht; seine Darstellung umgreift zum mindesten den größten Teil

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dessen, was bisher von den Gegnern wie von den Anhängern Kraepelin's unter einem ätiologischen Gesichtspunkte den Involutionspsychosen zugezählt worden ist.

Hinsichtlich der Fälle von klimakterischer Melancholie allerdings, die symptomatologisch den Depressionen anderer Lebensalter gleichen, könnte Dreyfuß eine Tatsache für seine Auffassung verwerten, die unbestritten ist: daß nämlich solche Depressionen, denen niemals im Leben eine ähnliche Psychose oder eine Manie vorangegangen ist oder folgt, in jedem anderen Alter gelegentlich auch beobachtet werden. Rechnet man derartige Fälle zum manisch-depressiven Irresein, so liegt füglich kein Grund vor, die genannte Form der Melancholie des Rückbildungsalters anders zu beurteilen. Das war ja der Hauptgrund, aus dem die Gegner Kraepelin's diesen Teil seiner Lehre bekämpft haben: gerade weil sich die Rückbildungsmelancholie nicht grundsätzlich und nicht immer von anderen Depressionen unterscheidet, hat man an vielen Orten das manisch-depressive Irresein nicht anerkennen wollen. Kraepelin sagt deshalb in seinem Vorwort zu der Arbeit von Dreyfuß sehr mit Recht: die Beweisführung dieses Werkes könne nur für den überzeugend sein, der das manisch-depressive Irresein in weitem Sinne auffasse, und Specht[1]) hat manchen Kritikern der neuen Lehre nicht ganz ohne Grund vorgeworfen: sie hätten das Problem gar nicht verstanden, das Dreyfuß behandle. Es sei ein Unterschied, ob bloß — wie früher — keine Trennung zwischen zirkulären und klimakterischen Depressionen möglich oder ob — wie jetzt durch Dreyfuß und Specht — ihre prinzipielle Wesensgleichheit positiv erwiesen sei. Das ist gewiß richtig. Die ganze Fragestellung hat zur Voraussetzung, daß das manisch-depressive Irresein (in der bis zu Dreyfuß' Arbeit üblichen Fassung) eine gesicherte klinische Einheit, ein in sich geschlossenes Krankheitsbild darstellt, dessen Definition nicht mehr zur Diskussion steht. Trifft diese Voraussetzung zu und sind zugleich die Feststellungen von Dreyfuß richtig, so kann nur noch gefolgert werden, daß die Involutionsmelancholie oder daß wenigstens viele bisher als solche diagnostizierte Fälle zum manisch-depressiven Irresein gehören.

Man wird also zu der Auffassung von Dreyfuß und Specht nicht Stellung nehmen können, ohne die Vorfrage beantwortet zu haben, ob man an dieses manisch-depressive Irresein als gesicherte klinische Einheit glaubt oder nicht. Specht hat in ähnlichem Zusammenhange einmal den Vergleich mit der Tuberkulose benutzt, die als eine solche — nämlich als ätiologische — Einheit äußerlich ganz heterogene

[1]) G. Specht, Struktur und klin. Stellung der Melancholie. Gaupp's Zentralblatt 1908, Nr. 449.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankheitsbilder unter einem einheitlichen Gesichtspunkte vereinigt. Ist das manisch-depressive Irresein eine Krankheit in diesem Sinne und können insbesondere die Kriterien, die Dreyfuß bei ihrer Diagnose verwendet, dem Nachweis des Tuberkelbazillus an die Seite gestellt werden?

Wird diese Frage nicht bedingungslos bejaht, so ist der ganzen Diskussion über die Melancholiefrage der Boden entzogen; sie muß aber gerade jetzt wieder aufgeworfen werden, denn die Feststellungen von Dreyfuß, die nach der Meinung dieses Autors die Lehre vom manisch-depressiven Irresein erweitern und fortführen sollen, können sehr wohl auch benutzt werden, eben diese Lehre zu erschüttern und, wenn auch nicht zu widerlegen, so doch erheblich einzuschränken.

Die Entwicklung der Lehre vom manisch-depressiven Irresein ist seit dem Erscheinen des Werkes von Dreyfuß bereits weit über den Punkt fortgeschritten, bis zu dem sie dieses Buch geführt hatte. G. Specht, der unabhängig von Dreyfuß und aus etwas anderen Gründen zu derselben Beurteilung der Involutions-Melancholie (l. c.) gelangt war, hat neuerdings[1]) den Versuch gemacht, auch die chronische Paranoia in den Kreis der manisch-depressiven Psychosen mit hinein zu beziehen. Er hat dabei die Paranoia in dem eng umgrenzten Sinne Kraepelin's im Auge und speziell ihre reinste Form, den Querulantenwahnsinn. Diese neueste Entwicklung wird uns die Begründung unseres Standpunktes, daß eine weitere Ausdehnung des Begriffes des zirkulären Irreseins nicht möglich ist, wesentlich erleichtern; denn die Resultate von Specht sind auf dem gleichen Wege erreicht worden, wie die von Dreyfuß, und es scheint uns, als ob Specht nur die äußerste, notwendige Folgerung gezogen und diesen Weg nur konsequent bis zu Ende verfolgt hätte. Ist der Weg überhaupt richtig, dann wird auch Specht recht behalten.

Denn das sei gleich gesagt: die Tatsachen, von denen Specht ausgeht, so lebhaft man sie bestreiten wird, scheinen uns durchaus richtig zu sein. Unsere eigenen Untersuchungen hatten uns darin, unabhängig von diesem Autor, zu ganz den gleichen Ergebnissen geführt, nur daß wir diese Resultate anders deuten zu müssen glauben.

In einem Punkte allerdings, der für Specht selbst naturgemäß sehr wesentlich gewesen ist, müssen wir uns vorläufig noch eines endgültigen persönlichen Urteils enthalten: in der Frage, wie weit in der Pathogenese der Paranoia ein pathologischer Affekt eine Rolle spielt. Darin sei also ein Vorbehalt gemacht; aber daß die Melancholie kein reines Gemüts-

---

[1]) G. Specht, Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Gaupp's Zentralbl. 1908, S. 817.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

leiden und daß die Paranoia keine reine Verstandeskrankheit ist, das ist Specht gewiß zuzugeben. Daß der Autor mit seinen übrigen Behauptungen auf dem rechten Wege ist, hat uns, wie gesagt, unser eigenes Material gelehrt; so, daß auch die Paranoia viel häufiger und viel mehr, als man es gewöhnlich darstellt, in Schüben verläuft und daß sie manchmal wirklich periodisch auftritt; daß ihre Entwicklung dauernd oder vorübergehend still stehen, die Krankheit sogar heilen, oder wenn man den Ausdruck nicht zulassen will, passiv werden kann; und endlich die Hauptsache, daß es aus der Psychopathologie der Manie bekannte Züge sind, die den Prozeßkrämer ausmachen, und daß sich eine ganze Anzahl von sogenannten manischen Pseudoquerulanten von den „wirklich" Verrückten nur künstlich und mit Zwang, dem System zuliebe, unterscheiden lassen.

Das alles ist von Specht so überzeugend dargestellt worden, daß wir auf seine Arbeit verweisen und auf die Besprechung der Übergangsfälle zwischen chronischer Manie und Querulantenwahnsinn, die wir vor Erscheinen der letzten Specht'schen Publikation beabsichtigt hatten, an dieser Stelle verzichten können. Die Tatsache, daß die Formenkreise beider Psychosen sich nicht bloß berühren, sondern gelegentlich auch schneiden, ist u. E. durch Specht bewiesen worden.

Sollten wir deshalb wirklich auch die Paranoia im manisch-depressiven Irresein aufgehen lassen?

Wir hätten dann eine klinische „Einheit", die alle funktionellen Psychosen umfaßte, wenn wir nämlich unter funktionellen Seelenstörungen diejenigen verstehen, die nicht gesetzmäßig zur Verblödung führen. Daß das praktisch unbequem sein würde, wäre natürlich kein Gegengrund, aber wieder ist zu fordern, daß eindeutige Merkmale die grundsätzliche Zusammengehörigkeit aller dieser bunten Krankheitsbilder unwiderleglich beweisen. Erinnert sei nochmals an Specht's Vergleich mit der Diagnose der Tuberkulose in der inneren Medizin.

Vielleicht dürfen wir kurz rekapitulieren. Von der Definition des manisch-depressiven Irreseins waren schon abgebröckelt die Kriterien der grundsätzlichen Heilbarkeit des einzelnen Anfalles und der stets ausbleibenden Verblödung; jetzt soll speziell für die Manie auch das fortfallen, daß keine fixierten Wahnbildungen auftreten; die positiven Kennzeichen aber, die nun noch bleiben, sind nicht mehr diejenigen, die noch Dreyfuß anerkannte: das klinische der (gewöhnlich vorhandenen) Periodizität und das symptomatologische der Stimmungsanomalie mit Hemmung oder mit Agitation. Was diese heterogenen Krankheitsbilder jetzt zu einem einheitlichen Ganzen verbinden soll, sind sehr vage klinische und psychologische Ähnlichkeiten, die sich wohl in einzelnen Fällen bis zur Identität

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verdichten können, die sich aber für das Gros der Fälle gar nicht mehr in allgemeingültiger Weise definieren lassen. Manien, Melancholien und Paranoien können periodisch verlaufen; die einen verlaufen häufig so, die anderen sehr selten; und ferner: sowohl beim manisch-depressiven Irresein wie beim Querulantenwahnsinn finden wir gemütliche Anomalien, finden wir überhaupt psychologische Eigentümlichkeiten, die in manchen Fällen auf gemeinsame Grundelemente zurückgeführt werden können.

Genügt das? Entspricht es, um im Bilde zu bleiben, dem Nachweis von Tuberkelbazillen in der inneren Medizin?

Wieder werden wir zweckmäßigerweise bei der Kritik die klinischen und die symptomatologischen Gesichtspunkte getrennt betrachten.

Für den klinischen Vergleich zwischen den manisch-depressiven Psychosen und der Paranoia soll, um jeder Verwechslung mit der Dementia paranoides[1]) vorzubeugen, lediglich der Querulantenwahnsinn ins Auge gefaßt werden. Nimmt man ausgesprochene, klassische Fälle dieser Krankheit auf der einen und typische Formen des alten periodischen oder zirkulären Irreseins auf der anderen Seite, so haben beide dem Verlauf nach gewiß so gut wie gar nichts miteinander gemein. Das ändert sich erst, wenn wir gewisse leichtere Spielarten der chronischen Verrücktheit mit den ungewöhnlichen Formen habitueller, chronischer Manie in Parallele setzen. Daß Fälle dieser Art hüben und drüben selten sind, bedarf wohl keines Beweises. Selten ist auch ein „periodischer Verlauf" der Paranoia, und recht selten sind die Fälle, in denen es Sache der persönlichen diagnostischen Neigung ist, ob man sie als chronische querulierende Manie oder als Querulantenwahnsinn ansehen will. Soll man also das Gros der zirkulären und der paranoischen Psychosen trotz aller ihrer Verschiedenheit diesen Übergangsfällen zuliebe zu einem einheitlichen Krankheitsbilde zusammenfassen?

„Was man mit Recht vom Arzte verlangt, ist die Vorhersage des Kommenden", steht in der Einleitung zu Kraepelin's Lehrbuch. Das war bisher ein leitender Gesichtspunkt für diese „klinische" Richtung, die Krankheitsbilder sollten nach ihrem Verlauf zusammengefaßt werden, dann mußte sich die Möglichkeit einer richtigen Prognosenstellung von selbst ergeben. Ist die neueste Entwicklung dieser Richtung, wie sie durch Dreyfuß und Specht inauguriert wird, berechtigt und konsequent, dann ist sie jedenfalls weit davon entfernt, diese Forderung erfüllt zu haben. Es ist unnötig, alle prognostischen Möglichkeiten noch einmal aufzuzählen,

[1]) Der Ausdruck ist der Kürze wegen gebraucht; in Wirklichkeit erscheint es uns ganz und gar ausgeschlossen, daß alle paranoischen Erkrankungen außer der Paranoia Kraepelin's dauernd zur Dementia praecox gezählt werden könnten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die für das manisch-depressive Irresein im Sinne Specht's bestehen würden; es genügt, daran zu erinnern, daß diese Krankheit, außer der alten einfachen Manie und Melancholie und den periodischen und zirkulären Psychosen, auf der einen Seite die leichtesten zyklothymischen Formen — bis zur Veranlagung eines Goethe! —, auf der anderen die eventuell zur Verblödung führenden Involutionspsychosen und den zumeist unheilbaren Querulantenwahnsinn umfassen soll.

Wiederholt sei nochmals, daß uns die Auffassung Specht's von der klinischen Stellung der Paranoia aus seiner und Dreyfuß' Ansicht über die Melancholie mit Notwendigkeit zu folgen scheint. Gerade die Involutionspsychosen mit ihren häufigen paranoischen Symptomenkomplexen stellen ein wichtiges Bindeglied zwischen den „Gemütskrankheiten" und dem Verfolgungswahnsinn s. str. dar. Auch das wurde schon zugegeben, daß sich zwischen bestimmten rein manischen Formen und manchen manisch-melancholischen Mischzuständen auf der einen und gewissen Fällen von Querulantenwahnsinn auf der anderen Seite gar keine scharfe Grenze ziehen läßt, daß beide Krankheitsgebiete fließend ineinander übergehen. Unsere ganze Differenz Specht gegenüber läuft also auf die Frage hinaus: Sollen wir diesen anerkannten Tatbestand so ausdrücken, daß wir sagen, die chronische Paranoia ist eine Erscheinungsform des manisch-depressiven Irreseins?

Die Antwort wird im wesentlichen von den Ergebnissen der symptomatologischen Forschung abhängen. Die ganze Fragestellung ist nur möglich, weil das Grundprinzip der ursprünglichen rein „klinischen" Methode mehr und mehr von der zunehmenden Bedeutung einer verfeinerten Symptomenanalyse zurückgedrängt worden ist. Welche Krankheitszeichen sind also sowohl dem manisch-depressiven wie den echten paranoischen Psychosen eigentümlich?

Wenn wir von den Übergangsfällen absehen, so lassen sich gemeinsame Züge dieser Art wohl finden, aber recht schwer definieren. Wo Specht nicht von solchen Grenzfällen spricht, läuft seine Beweisführung darauf hinaus, daß auch bei der Pathogenese der Paranoia ein pathologischer Affekt eine Hauptrolle spiele. Ein Satz in seiner Arbeit jedoch scheint uns darin einen Schritt weiterzuführen und einen brauchbaren Ausgangspunkt für die Verständigung zu bieten; er lautet: „Während aber das Wahnbild die Manie nicht erklärt, erklärt die Manie nicht nur das querulatorische Gesamtgebaren, sondern auch das Wahnbild, wie wir das psychologisch überzeugend in uns selbst, falls wir nur über das entsprechende Temperament verfügen, nacherleben können und wie es der klinische Detailverlauf uns Stück für Stück erweist."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es will uns scheinen, als ob das überhaupt das Wesentliche an allen Symptomen sei, die sowohl bei der Paranoia und bei der Involutionsmelancholie wie bei den zirkulären Psychosen angetroffen werden, daß sie sich andeutungsweise oder auch ausgesprochen im gesunden Seelenleben wiederfinden. Wir sahen oben, daß die partielle subjektive Hemmung von Dreyfuß zunächst gar nichts Pathologisches, sondern eine normale psychologische Reaktion bedeute, und was vom Begriff der Periodizität heute noch übrig geblieben ist, stellt gleichfalls eine Eigenschaft sehr vieler gesunder Menschen dar.

Diese Bemerkung soll keine absolute Ablehnung der von Specht vorgetragenen Ansichten einleiten. Auch uns erscheint die Beziehung bestimmter psycho-pathologischer Vorkommnisse zu Erscheinungen des normalen Seelenlebens als ein brauchbarer Gesichtspunkt für klinische Gruppierungen [1]). Und vielleicht wäre es taktisch richtiger gewesen, diese ganzen Ausführungen nicht in das Gewand der Kritik zu kleiden, sondern mit einer Zustimmung zu beginnen und von da aus die Gedanken fortzuführen, die jetzt vorgetragen werden sollen [2]).

Ähnliche, aber noch engere Beziehungen wie die, welche die bisher besprochenen Seelenstörungen, also das manisch-depressive Irresein, die Involutionspsychosen und die Paranoia untereinander verbinden, bestehen zwischen jeder einzelnen von diesen Krankheiten und zwei anderen Leiden, der Hysterie und dem Entartungsirresein i. e. S. Ziehen wir diese noch mit in den Kreis unserer Betrachtung, so haben wir eine Gruppe von psychischen Störungen zusammengefaßt, die, trotz aller ihrer Verschiedenheit untereinander, mit guten Gründen als ein geschlossenes Ganze allen übrigen Geisteskrankheiten gegenübergestellt werden können. Sie vereinigt im wesentlichen die endogenen Krankheiten im Sinne von Möbius.

Jene „übrigen“ Krankheiten sind dann einmal die exogenen, d. h. die „organischen“ und die toxisch bedingten Psychosen, also vor allem die Paralyse, die senile Demenz, die Epilepsie, die alkoholistischen Störungen

---

[1]) Nißl hat bekanntlich vor einigen Jahren den wissenschaftlichen Wert jedes psychologischen Erklärungsversuches in der Psychiatrie bestritten. Gaupp's Zentralblatt 1902, S. 2.

[2]) Diese Gedanken waren im wesentlichen vor Erscheinen der Specht'schen Arbeit abgeschlossen. Beeinflußt sind sie zunächst durch eine Reihe von älteren Arbeiten, unter denen ich die von Magnan besonders nenne, dann ganz besonders durch mehrfache Äußerungen von P. J. Möbius und endlich — obwohl sie in ihren Endergebnissen von dessen Auffassung nicht unwesentlich abweichen — von den Ansichten von A. Hoche, wie sie z. B. auf der Münchner Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie 1906 vorgetragen worden sind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und endlich außerdem die Dementia praecox. Nur für diese letzte kann es zweifelhaft erscheinen, ob sie wirklich unter grundsätzlich anderen Gesichtspunkten betrachtet werden muß, als die eigentlich endogenen Seelenstörungen. Für alle anderen wird von allen Seiten ausdrücklich oder stillschweigend zugegeben, daß sie in ganz anderem Sinne Objekte der psychiatrischen Forschung sind, als wie das manisch-depressive Irresein und die Hysterie z. B. Nißl (l. c.) hat das einmal in dem Vorwurf formuliert: bei der Paralyse (usw.) nähme man das, „worüber man sich bei anderen Krankheiten den Kopf zerbricht, als etwas Selbstverständliches, Notwendiges hin, das in der Natur des paralytischen Prozesses begründet ist, während man bei der Hysterie, der Melancholie und Manie usw. glaubt, den Prozeß psychologisch erfassen und verstehen zu sollen". Die Tatsache ist zweifellos richtig; nur daß sie einen Vorwurf bedeute, werden Nißl heute, wo psychologische Erklärungsversuche nicht mehr perhorresziert werden, wenige zugeben.

Das ist in der Tat die eine gemeinsame Eigentümlichkeit dieser endogenen, funktionellen Krankheiten, daß sie zu psychologischen Deutungen immer wieder herausfordern. Sie tun es, weil ihre Symptome nichts prinzipiell Neues bedeuten, sondern durch fließende Übergänge mit den Erscheinungen des gesunden Seelenlebens verbunden sind, so eng verbunden, daß im Einzelfall die Entscheidung „gesund oder krank" schlechterdings unmöglich werden kann. Die Stimmungsschwankungen der Manisch-Depressiven, Hemmung und Erregung, die Suggestibilität und die hypochondrische Neigung der Hysterischen, die Kampfeslust des Querulanten und so vieles andere, was hierher gehört, das sind alles Dinge, für die der Gesunde Analoga in seinem eigenen Bewußtsein besitzt, und die er nur deshalb — je nach seiner persönlichen Anlage der eine mehr diesen, der andere mehr jenen Zug — verstehen und nachempfinden kann.

Dazu kommt als ein zweites durchgehendes Band, daß sich eben diese Psychosen klinisch sehr häufig mischen und verbinden, daß Übergänge zwischen ihnen vorkommen und daß manische, melancholische, paranoische und hysterische Krankheitszüge bei schwer belasteten Menschen zuweilen zu Symptomenkomplexen zusammentreten, die eine einfache, schematische Diagnose schlechterdings unmöglich machen.

Denn das ist das dritte, was die Verwandtschaft dieser Formenkreise beweist: sie erwachsen alle auf dem Boden der ererbten nervösen Entartung. Die Bindeglieder zwischen der Psychopathologie bei ausgesprochenen Psychosen dieser Gruppe und den Erscheinungen des normalen Seelenlebens lassen sich so gut wie immer in der Psychologie der Dégénérés, in den abnormen Zügen der konstituell Nervösen auffinden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Daß das manisch-depressive Irresein, die echte Paranoia und die Hysterie fast immer nur bei nachweislich belasteten Menschen angetroffen werden, steht fest. Auch eine gleichartige Vererbung in dem Sinne ist, wenigstens durch Vorster's Untersuchungen, wahrscheinlich gemacht, daß das manisch-depressive Irresein gewöhnlich in einer Familie immer wiederkehrt. Unsere eigenen Untersuchungen[1]) erweitern diese Feststellungen in einer von Specht schon vermuteten Weise: es bestehen wohl sicher innere, hereditäre Beziehungen zwischen dem manisch-depressiven Irresein, der Paranoia, der Hysterie und allen nervösen Entartungszuständen überhaupt. Ausnahmen von dieser Regel haben sich bei unserem Material nicht so häufig gezeigt, daß sie durch die Annahme einer gehäuften und dabei ungleichartigen Belastung nicht erklärt werden könnten. Das würde namentlich für die Fälle gelten, in denen in einer in dieser spezifischen Weise „entarteten" Familie ein sicherer Fall von Dementia praecox vorgekommen war.

Die Dementia praecox — das bedarf noch einer näheren Besprechung — verhält sich in allen diesen Beziehungen durchaus anders. Daß wir ihren Krankheitsäußerungen psychologisch zum mindesten ebenso hilflos gegenüberstehen, wie denen der Paralyse, ist u. E. ebenso sicher, wie daß eine wirkliche Mischung zwischen dieser Krankheit und den zirkulären Formen oder auch der echten Paranoia entweder gar nicht oder nur ganz ausnahmsweise vorkommt. Die Beziehungen zur Hysterie sind allerdings noch so ungeklärt, daß darin ein Vorbehalt gemacht werden muß. Die Ursache der Dementia praecox kennen wir ja nicht. Welches aber auch ihre Beziehungen zur Entartung und ihr Verhalten in bezug auf die Vererbung sein mögen, vom manisch-depressiven Irresein und von der Paranoia werden wir sie gerade in diesem Zusammenhange scharf trennen müssen.

Soweit es die Dementia praecox angeht, müssen wir also Möbius widersprechen, der im übrigen die hier vertretene Auffassung so klar ausgedrückt hat, daß wir ihm jetzt das Wort geben wollen[2]): „Exogene Krankheiten sind solche, deren Ursache von außen kommt, also hauptsächlich die Vergiftungen. Progressive Paralyse und Alkoholismus sind die Hauptvertreter. Hier gibt es scharfe Grenzen, und es wäre Unsinn, von einem Übergang zwischen Paralyse und Alkoholismus zu reden. Bei den endogenen Krankheiten dagegen ist die wesentliche Bedingung die von vornherein vorhandene abnorme Beschaffenheit des Menschen, die

[1]) Diese werden demnächst ausführlich publiziert werden.

[2]) P. J. Möbius, Über Scheffel's Krankheit. Mit einem Anhang: Kritische Bemerkungen über Pathographie. C. Marhold, Halle a. S., 1907.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Entartung; alles was von außen auf ihn einwirkt, ist nur Gelegenheitsursache. Ein Mensch mag so entartet sein, wie er will, wenn er nie Alkohol aufnimmt, kann er nicht an Alkoholismus erkranken. Endogene Krankheiten aber können auf Grund der Entartung durch die verschiedensten Einwirkungen entstehen, durch alle die bunte Menge der von den Lehrbüchern aufgeführten ‚Ursachen'. Die Folge ist, daß es hier keine scharfen Grenzen gibt. Alle Formen oder Variationen des Entartungsirreseins sind durch Übergänge verbunden. So notwendig wie es ist, bei den exogenen Krankheiten entweder—oder zu sagen, so schädlich wäre es, wollte man die endogenen Formen voneinander unterscheiden, wie man Bleivergiftung von Arsenikvergiftung, Abdominaltyphus von Eiterfieber trennen muß. Es will mir scheinen, als hätte man diese Unterschiede noch nicht überall recht begriffen. So streiten sich die Leute über die Abgrenzung der Paranoia von der Dementia paranoides, so will Magnan Paranoia completa von den sonstigen Formen der Paranoia ganz abgetrennt wissen. Das muß auf Wortstreit hinauslaufen, weil es in der Wirklichkeit keine Grenzen gibt. Unmerklich geht eine Variation in die andere über, und alle sind die Kinder einer Familie. In einem gewissen Grade ist es auch mit der Dementia praecox und der manisch-depressiven Erkrankung so, auch hier gibt es Übergänge. Freilich muß man weniger an die schweren Erkrankungen denken, die man im Irrenhause trifft, als an die leichten Formen. Diese sind natürlich je leichter, um so symptomenärmer, verwaschener. Je mehr man sozusagen eine endogene Form verdünnt, durch Zusetzen von Gesundheit, um so mehr verwischen sich die Grenzen. Schließlich gibt man das Unterscheiden auf und spricht nur noch von Nervosität, obwohl diese im Grunde nichts Einheitliches ist, und der aufmerksame Beobachter bei den Nervösen die paranoischen, die manischen und anderen Elemente oder Züge noch sehr wohl erkennen kann. Diese Dinge sind noch viel zu wenig studiert, und das geistlose ‚Neurasthenie'-Gerede stumpft den Blick erst recht ab. Geht man von der Nervosität aus, so findet man Wege, die von ihr zu jeder der psychiatrischen Hauptformen führen, Wege, die erst allmählich auseinander weichen."

Diese Auffassung von Möbius, die Ansicht von der Zusammengehörigkeit aller endogenen Geisteskrankheiten, ist, soviel ich sehe, niemals entschieden bestritten worden. Sie wird aber ignoriert und stillschweigend beiseite geschoben, wenn Fragen erörtert werden, wie die, welche Dreyfuß und Specht behandelt haben. Eine Verwandtschaft von manisch-depressivem Irresein und Paranoia im Sinne von Möbius braucht kaum noch eigens zu bewiesen werden, der Versuch von Specht muß also, ebenso wie der von Dreyfuß, etwas anderes bedeuten, als Möbius gemeint hat. Er

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

setzt ganz andere Grundanschauungen über die gegenseitigen Beziehungen der Psychosen voraus, die Möbius endogene nennt.

Wir kommen damit an den Punkt zurück, an dem wir oben stehen geblieben waren. Die Frage, ob die Involutionsmelancholie und die Paranoia zum manisch-depressiven Irresein gehören, hat nur dann einen Sinn, wenn das manisch-depressive Irresein durch irgendein Merkmal zu einem festen Begriff gestempelt wird. Daß weder die Symptomatologie noch der Verlauf ein solches Merkmal bieten, ist schon zu zeigen versucht worden; man muß also an ein anderes Kriterium denken, wenn man mit solchen Krankheitsnamen wie mit feststehenden Begriffen operiert. Dieses als selbstverständlich vorhanden vorausgesetzte Kriterium sehen wohl die meisten Forscher in der pathologischen Anatomie dieser Psychosen.

Nißl hat vor einigen Jahren vorgeschlagen, den Begriff der „funktionellen Krankheiten" ganz aufzugeben, weil er nur Verwirrung schüfe und immer wieder zu dem „fundamentalen Irrtum" Anlaß gäbe, „daß der psychische Mechanismus durch die Geisteskrankheiten nicht verändert wird und identisch ist mit dem Mechanismus des geistig normalen Menschen". An einem bestimmten Beispiel hat derselbe Autor das damals so demonstriert, daß er sagte, der Begriff der funktionellen Störungen verhindere die Psychiater daran, einzusehen, daß die Hysterie eine Störung darstelle, deren Grundlage ebenso pathologisch-anatomisch definierbar sei, wie die der Paralyse, und deren Erscheinungen man deshalb ebensowenig psychologisch zu deuten versuchen dürfe, wie die der Gehirnerweichung.

Man kann zu der Frage der Klassifikation der Psychosen u. E. in keiner Form und von keinem Ausgangspunkte aus Stellung nehmen, ohne sich vorher über die grundsätzliche Frage klar geworden zu sein, die Nißl hier berührt hat. Derselbe Autor hat damals die Inkonsequenz der Irrenärzte getadelt, die immer behaupteten, unter funktionellen Psychosen nichts weiter zu verstehen als organisch bedingte Seelenstörungen mit noch nicht bekannter Anatomie, und die trotzdem in der psychologischen Analyse der Krankheiten einen grundsätzlichen Unterschied zwischen organischen und funktionellen Leiden zu machen pflegten. Der Vorwurf war nicht ganz ungerechtfertigt, es verbarg sich oft viel Unklarheit hinter dem Begriffe der „funktionellen" Psychosen. Inzwischen hat sich die Sachlage einigermaßen geändert, wenn auch nicht in Nißl's Sinne. Hoche (l. c.) hat wenige Jahre nach Nißl's Vortrag das Dogma von der pathologisch-anatomischen Bedingtheit aller funktionellen Psychosen entschieden bekämpft. Der Widerspruch, den er damals fand, ist seither viel weniger lebhaft geworden, und heute wird die erwähnte Parallele zwischen Paralyse und Hysterie kaum noch viel Anhänger finden. Wir sind sehr weit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

davon entfernt, den Begriff der „funktionellen" Psychosen aufzugeben, und gerade das rechtfertigt diesen Begriff, daß diese Psychosen eine Anatomie im Sinne der Paralyse gar nicht haben können.

Da alles seelische Geschehen an materielle Vorgänge im Gehirn gebunden ist, so sind natürlich auch die Erscheinungen der Hysterie materiell bedingt. Diese materiellen Vorgänge sind auch gewiß von denen gesunder Menschen verschieden, aber der Art — wenn vielleicht auch nicht dem Grade — nach doch wohl nur in demselben Sinne, in dem wir an verschiedene Gehirnprozesse schon bei zwei sehr unähnlichen, gesunden Persönlichkeiten zu denken gewohnt sind. Etwas grundsätzlich Neues werden wir in dem Gehirnmechanismus hysterischer Individuen eben deshalb nicht voraussetzen dürfen, weil die Grundelemente ihrer Psychologie in den Erscheinungen des normalen Seelenlebens schon vorgebildet sind.

Ist es unzulässig, diese Erwägungen auch auf das manisch-depressive Irresein und die Paranoia anzuwenden? Es ist u. E. sehr möglich, daß sich bei ausgesprochenen Fällen dieser Art einst auch greifbare anatomische Veränderungen finden lassen werden, die mit der Psychose in ursächliche Beziehungen gebracht werden können; notwendig ist auch das wohl nicht. In jedem Falle darf das nur für die echten, reinen und ausgesprochenen Formen erwartet werden; im ganzen betrachtet werden sich die Dinge sehr wahrscheinlich anatomisch-physiologisch ebenso verhalten wie psychologisch: auch das krankhafte physische Geschehen im Gehirn wird durch fließende Übergänge mit dem gesunden verbunden sein, und so wird sich auch anatomisch eine scharfe Grenze zwischen gesund und krank ebensowenig ziehen lassen wie zwischen manisch-depressiv und paranoisch.

Sehen wir aber von dem Dogma der anatomisch definierten Krankheitseinheiten im Sinne Nißl's für die endogenen Störungen ganz ab, so verlieren die Fragestellungen von Dreyfuß und die von Specht beinahe jede innere Berechtigung. Dann ist es viel natürlicher, in allen diesen Psychosen Spielarten der ererbten nervösen Entartung zu sehen, denen allen die Beziehung zur normalen Psychologie gemeinsam ist. Die Entartung bringt Eigenschaften des Gesunden in ungleichmäßiger, gesteigerter und krankhaft verzerrter Weise zur Entwicklung und läßt so aus der Periodizität des Gesunden die Zyklothymie und die echten zirkulären Formen, aus seiner Suggestibilität die Hysterie und aus dem Mißtrauen und der Kampfeslust den Querulantenwahnsinn entstehen usw. Es wäre geradezu wunderbar, wenn sich diese Störungen nicht gelegentlich mischen und ineinander übergehen würden, ebenso wie es nur natürlich ist, daß wir äußere Momente, körperliche und psychische Schädlichkeiten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in das seelische Geschehen bei diesen disponierten Menschen eingreifen sehen.

So erklärt sich die, gerade von Specht voll gewürdigte Tatsache, daß bestimmte Erlebnisse bei nervös veranlagten Menschen in gesetzmäßiger Weise zu psychischen Störungen den Anlaß zu geben pflegen — man denke an die Umzugsmelancholie, an die Gouvernantenparanoia und an den Querulantenwahn —, und so auch die andere, daß wir melancholischen, paranoischen und melancholisch-paranoischen Psychosen gerade im Klimakterium so häufig begegnen. Denn die bisherige „Melancholie" Kraepelin's umfaßte ja keineswegs nur melancholische Zustandsbilder im symptomatologischen Sinne, sondern ebensosehr paranoische, hypochondrische, hysterische oder Mischungen aus allen diesen. Nur manische Psychosen sind in diesem Alter sehr selten, aus Gründen, die wir nicht kennen.

Die Involutionsmelancholie ist eben keine rein endogene Störung. Man wird annehmen müssen, daß die ursprüngliche — zur Depression oder zu paranoischen Auffassungen disponierende — Anlage allein nicht ausreicht, um das betreffende Individuum psychisch entgleisen zu lassen, und daß nun das Hinzutreten der Involution das Faß zum Überlaufen bringt. Gestützt wird diese Auffassung durch die von Dreyfuß merkwürdigerweise kaum erörterte Tatsache, daß sich die Involutionsmelancholie hinsichtlich ihrer Beziehungen zur Heredität doch wesentlich anders verhält als das eigentliche manisch-depressive Irresein. Kraepelin hat in der letzten, 7. Auflage seines Lehrbuches das zirkuläre Irresein als eine fast rein erbliche Erkrankung dargestellt und in Übereinstimmung mit anderen Autoren 80% seiner Patienten als erblich belastet bezeichnet. Die Melancholie dagegen war Kraepelin bisher geneigt, als eine Erkrankung des beginnenden Greisenalters anzusehen. Die erbliche Veranlagung, schreibt er, schiene hinter der erworbenen Disposition zurückzustehen, da er nur bei 53% der Kranken mit genau bekannter Vorgeschichte irgendeine, wenn auch öfters nur entfernte Familienanlage auffinden konnte. Dreyfuß fand 48—50% der Fälle erblich belastet, wir selbst etwa 55%.

Die hier vorgetragenen Ansichten weichen, das wurde schon mehrfach angedeutet, von denen anderer Autoren, speziell von den von Specht vertretenen, im Grunde gar nicht weit ab. Auch Wilmanns (l. c.) schreibt, daß in dem Formenkreis des manisch-depressiven Irreseins sehr wahrscheinlich Krankheitsbilder zusammengefaßt würden, die nur äußerliche Ähnlichkeiten besitzen. Bedenklich erscheint uns die neueste Entwicklung, wie sie durch Dreyfuß und Specht eingeleitet ist, nur deshalb, weil sie zu dem u. E. irrtümlichen Glauben Veranlassung geben muß,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieses neue manisch-depressive Irresein sei eine klinische Einheit wie die Tuberkulose. Diese Meinung würde um diesen einen, größeren Teil der endogenen Psychosen eine Mauer errichten, die aller weiteren Forschung hinderlich werden müßte. Die übrigen Formen der nervösen Entartung, speziell die Hysterie, die auch oft genug periodisch verläuft, hat genau so innige Beziehungen zu jeder einzelnen von diesen Störungen, wie diese untereinander. Das wäre das eine. Dann aber würde die symptomatologische Forschung u. E. sicher in sehr einseitiger Weise beeinflußt werden, wenn wir nunmehr alle diese Formen nur unter dem Gesichtspunkt betrachten wollten, ob und wie weit manisch-depressive Züge in ihnen erkennbar sind.

Und endlich: Die letzte Konsequenz in dieser Entwicklung würde doch immer die sein, daß wir innerhalb der endogenen Psychosen, weil sie alle untereinander verwandt sind, auf die Aufstellung bestimmter Formen und Formengruppen schließlich überhaupt ganz verzichten müßten. Ob wir dann statt endogen manisch-depressiv sagten oder nicht, wäre ganz unerheblich. Zu dieser skeptischen Auffassung liegt aber doch kein Grund vor. Die Psychiatrie hat zu dieser Resignation ebensowenig Anlaß wie die Botanik und die Zoologie, die auch unter dem Zeichen der Entwicklungslehre an der Unterscheidung von Arten und Formen festgehalten haben. Notwendig ist dagegen, gerade der Übergangsfälle wegen, daß die Typen rein erhalten bleiben; gerade aus den von Dreyfuß und Specht beleuchteten Tatsachen könnte u. E. sehr wohl gefolgert werden, daß der Begriff des zirkulären Irreseins wieder enger gefaßt und daß speziell zwischen Zyklothymie, Manien, Melancholien und echten zirkulären Psychosen wieder strenger unterschieden werden müßte als bisher.

Dringender als diese Aufgabe ist wohl die Abgrenzung aller endogenen Psychosen von der Dementia praecox und von denjenigen Seelenstörungen, die wir heute bald zu dieser, bald zum manisch-depressiven Irresein oder zur Paranoia deshalb gerechnet haben, weil wir sie nicht verstehen und nicht unterzubringen wissen. Die Grenzen zwischen den zirkulären Formen und den jugendlichen Verblödungsprozessen sind wohl nur deshalb immer wieder unscharf und undeutlich geworden, weil es eine ganze Anzahl von Krankheiten gibt, die sehr wahrscheinlich zu beiden Gruppen keine engeren Beziehungen haben. Auch hier können uns nur scharfe Begriffe, eng gezogene Grenzen, hüben und drüben, vor Irrtümern schützen. Auch die Lehre von der Dementia praecox wird, wenigstens zunächst, wieder auf die Darstellung der alten Hebephrenie, der Katatonie und einiger paranoider Verblödungsprozesse zurückgeführt und namentlich von dem Gros der paranoischen Formen, durch die ihre Entwicklung bisher erschwert und aufgehalten wurde, befreit werden müssen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Vereinsberichte.

XXVI. Kongreß für innere Medizin.

Wiesbaden, 19. bis 22. April 1909.

Bericht von **Dr. Lilienstein,** Bad Nauheim.

Die früher üblichen Ansprachen seitens Vertreter der städtischen und staatlichen Behörden fallen weg. Der Vorsitzende Schultze (Bonn) weist in seiner Eröffnungsrede auf die zurzeit sich ändernde Stellung der inneren Medizin gegenüber der allgemeinen Medizin und gegenüber den sich von ihr loslösenden Spezialfächern hin. Im speziellen ist er gegen die Errichtung eigener Lehrstühle für soziale Medizin.

Als Referent der ersten Sitzung behandelte Magnus Levy (Berlin) den Mineralstoffwechsel in der klinischen Pathologie.

Widal (Paris) sprach über die therapeutischer Dechloruration in Fällen von Nephritis usw., in denen die von Strauß (Berlin) beschriebene Salzanhäufung zu Ödemen führt.

Als Referent der Sitzung am 21. April sprach Head (London) über Sensibilität und Sensibilitätsprüfung.

H. hat seine früheren experimentellen Untersuchungen und klinischen Beobachtungen fortgeführt und bespricht die Umwandlung (Umlagerung, Änderung der Gruppierung) die sensible Reize auf ihrem Weg zum Großhirn erleiden. An den peripheren Endorganen tritt die Wiederherstellung der Funktion gruppenweise ein. Die oberflächliche und die tiefe Empfindung (Haare) sind scharf zu trennen. 1. Die tiefe Sensibilität enthält die Druckberührung, den Druckschmerz, Lokalisation des Drucks, Vibrationsgefühl und die Empfindung für die Rauheit eines Gegenstandes. 2. Die protopathische Sensibilität enthält den gewöhnlichen Schmerz, Kälteempfindung unter 28° bis Hitzeempfindung über 38°. 3. Die epikritische Sensibilität vermittelt leichte Berührung, Temperaturen zwischen 26° und 38° C, das Erkennen zweier Zirkelspitzen und die Lokalisation. Die epikritische Sensibilität stellte sich nach zirka einem Jahr als letzte wieder ein.

Bei Verletzung des Rückenmarks (z. B. Brown-Sequard) ist die Gruppierung vollständig gegenüber der obigen geändert. Trotz des Verlustes der Tiefensensibilität für Schmerz ist die Berührungsempfindlichkeit z. B. vollkommen erhalten. Bei vollkommen erhaltener Berührungsempfindlichkeit kann bei spinaler Unterbrechung das Lagegefühl aufgehoben sein. Bei Durchtrennung von peripheren Nerven gehen Hitze- und Kälteempfindlichkeit zugleich verloren und kehren fast gleichzeitig zurück, bei Rückenmarksverletzungen kann die Hitzeempfindlichkeit allein verloren gehen, ebenso die Kälteempfindlichkeit. Eine Vergrößerung der Tastkreise kann bei Spinalerkrankungen konstatiert werden, ohne daß die Empfindlichkeit für feinste Berührung gelitten hätte. Bei peripheren Unterbrechungen kommt das kaum vor. Die peripheren Reize gelangen in verschiedener Höhe zur entgegengesetzten Rückenmarkshälfte, die sensiblen Fasern für Berührung treten viel höher oben über als diejenigen für Kälte und für Schmerz. Daher bleibt die erstere bei Rückenmarksverletzungen erhalten. Die peripheren Reize können schon an den Endorganen gehemmt werden, wenn sie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf kein adäquates Organ treffen. Die Anordnung der Gruppen erklärt sich aus entwicklungsgeschichtlichen Vorgängen.

Diskussion: Goldscheider, Kohnstamm.

Arnold Siegmund (Berlin-Wilmersdorf): Die Vertretung von Head's Segmentfeldern in der Nase.

Die von Head als Begleiter der Eingeweidekrankheiten und von Gürtelrose beschriebenen, in fünffacher Weise überempfindlichen Hautfelder, deren Grenzen denen der Hautsegmente oder Dermatome gleichen, haben allesamt eine Vertretung in der Nase. Denn durch geeignete Behandlung der Nase läßt sich die Überempfindlichkeit der Head-Felder binnen Minuten aufheben. Mit ihnen vergehen aber auch mannigfache andere Beschwerden, besonders die in den „Hauptstellen" der Head-Felder gefühlten Schmerzen. Diese Erkenntnis stellt die nasale Behandlung von Deck- oder Reflexleiden auf eine wissenschaftliche Grundlage und erweitert so die Grenzen der Heilkunst. Außerdem gestattet sie einen Einblick in den Aufbau unseres Körpers aus Segmenten und zeigt das Bestehen von bisher unbekannt gewesenen segmentlichen Nervenbahnen neben den altbekannten Leitungen. Autoreferat.

Hasebroek (Hamburg): Über infantile Muskelspannung und ihre phylogenetische Bedeutung für die spastischen Kontrakturen.

Es kommen bei im übrigen gesunden Kindern mit der Entwicklung zusammenhängende Muskelspannungen vor, die nur aus der Phylogenie des Menschen auf dem Wege zur Aufrechthaltung und Aufrechtgang erklärt werden können. Da mit diesen Muskelspannungen die spastischen Kontraktionen nach Form und Wesen — nur in gesteigertem Maße — übereinstimmen, so können wir auch den spastischen Kontrakturen phylogenetisch ältere Präformationen zugrunde legen, die bei pathologischer Beeinträchtigung neuerer, besonders hemmender Innervationen wieder zum Vorschein kommen. Es handelt sich hierbei um Vorfahrencharaktere, die mit der quadrumanen und kletternden Lokomotion zusammenhängen.

Von den übrigen Vorträgen hatten nur wenige allgemeineres und noch weniger neurologisches Interesse.

Société de Psychiatrie de Paris.

Bericht nach l'Encéphale. Juli und August 1908.

Sitzung vom 18. Juni.

Joffroy eröffnet als Vorsitzender die erste Sitzung der Gesellschaft. — P. Janet bespricht „Un cas de délire somnambulique avec retour à l'enfance". 19jähriges Mädchen, das nach zahlreichen Aufregungen und Familienzwistigkeiten plötzlich Dämmerzustände bekommt, die meist mit kurzem Schlaf beginnen und enden. Sie spielt in diesen Zuständen, für die sie später gar keine Erinnerung hat, die Rolle eines 7jährigen Mädchens, kann nicht schreiben, spricht kindlich, hat zahlreiche Tiks, die sie seinerzeit wirklich hatte usw., kurz, sie versetzt sich vollkommen in die Zeit ihres 7. Lebensjahres zurück, die glücklichste Zeit ihres

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lebens. Während dieses Zustandes fällt sie zwar eigentlich nie aus der Rolle, verfügt aber doch über einen großen Teil der Erfahrungen und des Wissens aus dem späteren Leben, während sie außerhalb des Dämmerzustandes sich der Kindheitserinnerungen durchaus nicht so deutlich bewußt ist wie in ihm. Man kann diesen Zustand auch suggestiv herbeiführen und beeinflussen. Sensibilitätsstörungen finden sich in keinem der Zustände. J. bezeichnet den Fall als hysterischen; „c'est une comédie du puérilisme qui est jouée involontairement à la suite d'une idée fixe". — J. Voisin et Dubose: Vorstellung zweier Fälle von „Idiotie acquise, épileptique spasmodique infantile et démence épileptique spasmodique juvénile". Ein 17 und ein 7jähriges Mädchen. Beide leiden seit früher Kindheit an epileptischen Anfällen, zu diesen gesellen sich später spastische Lähmungen, Sprachstörungen usw. Lumbalpunktion negativ. Fortschreitende Demenz. — Gilbert Ballet: „Des intermissions au cours de la paralysie générale. Evolution à type discontinu." 48jähriger Mann mit allen Zeichen einer Tabes, der mit 38 Jahren eine vierjährige Depression und folgende einjährige Manie mit enormen Größenideen überstand. Danach blieb er geistig vollkommen gesund bis jetzt. B. äußert, er verfüge über eine ganze Anzahl derartiger Fälle. In der Diskussion macht man darauf aufmerksam, daß solche Fälle mit Intermissionen meist Tabesparalysen seien. — Dupré stellt zwei Fälle von „Manie intermittente et paralysie générale" vor. Veröffentlichung steht später in Aussicht. — Lévy-Valensi und Boudon: „Deux cas de délire de persécution à forme démonomaniaque développés chez des débiles à la suite de pratiques spirites." Welchen Krankheitsbildern die beiden Kranken angehören, bleibt unklar, da fast nur die Wahnbilder, nicht die ganzen Persönlichkeiten geschildert werden. Warum gerade der spiritistischen Betätigung ursächliche Bedeutung zugeschrieben wird, wird ebenfalls nicht klar. Sicher ist nur, daß es sich um einen fünfjährigen und einen 16jährigen Verfolgungswahn und Besessenheitswahn bei einer 40 und 48jährigen Kranken handelt, die beide sich unter anderem auch spiritistisch betätigt haben. — A. Joffroy stellt endlich noch eine juvenile Paralyse vor (ausführlich im Juliheft 1908 des Encéphale erörtert).

Sitzung vom 16. Juli 1908.

H. Claude und Lévy-Valensi: „Paralysie générale juvénile, hérédité syphilitique. Symptômes apraxiques." Der Fall zeigt nichts Besonderes. — G. Deny und G. Maillard: „Apraxie motrice bilatérale avec hémiparesie droite et apraxie des muscles des yeux." Ein 55jähriger Arteriosklerotiker. — Kéraval: „Considérations cliniques sur la jargonophasie." Ein typischer Fall von Hebephrenie mit allmählicher Entwicklung von Sprachverwirrtheit. — Séglas und Cotard: „Débilité mentale. Idées de grandeur absurdes, persistant sans variation depuis sept ans. Signe d'Argyll. Pas de lymphocytose." Bei einem 39jährigen zeigen sich unbestimmte Verfolgungsideen. Nach etwa sechs Monaten treten absurde Größenideen an ihre Stelle. Pupillenstarre, Sprach- und Schriftstörung. Sieben Jahre lang das gleiche Bild ohne Progredienz, sogar mit Nachlassen einiger Symptome. Lumbalpunktion negativ. Raymond und Ballet halten den Fall für eine Paralyse. — Arnaud und Vallon: „Paralysie générale de très longue durée." Bei einem 29jährigen Manne brach eine typische Paralyse mit Tabessymptomen aus und schritt nun langsam, aber unaufhörlich durch 22 Jahre fort. — R. Dupouy: „Un cas d'hallucinations conscientes."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein 35jähriger Mann, dem Trunke seit längerer Zeit ergeben, exhibitionierte im Rausch und hatte teilweise Amnesie. Nach Verbüßung seiner Strafe geriet er in unglückliche Verhältnisse und wurde niedergeschlagen, er hörte deutlich Stimmen, die ausschließlich riefen: „Er ist Neurastheniker." Auch von einem Sperling gingen einmal diese Worte aus. Er hat für diese Störung vollkommene Einsicht. Als sie zurücktrat, machten sich neben unwillkürlichen Kaubewegungen eigenartige Alterationen der Sprache und eine innere Stimme bemerkbar, die er von jenen früheren wohl unterschied. Vollkommene Krankheitseinsicht. Zwei Jahre zuvor schon einmal eine Psychose mit Stimmen, die ihn hypnotisierten, Verfolgungsideen, Selbstmordversuchen usw. Auch hierfür Einsicht. Diagnostisch erscheint der Fall nicht völlig geklärt. — Henry Wallon: „Rapport de l'hystérie et de l'épilepsie chez deux enfants." Gruhle (Heidelberg).

III. Bibliographie.

L'Encéphale. III. Jahrgang. Nr. 4—9. April bis September 1908.

Ernest Dupré und R. Charpentier: „Des Psychopolyneurites chroniques." 8 S. Ein Fall: chronische Polyneuritis im Anschluß an Alkoholismus und schwere Influenza mit deutlicher geistiger Schwäche und besonders Gedächtnisstörungen. — Roger Dupouy und René Charpentier: „Traumatismes craniens et troubles mentaux." 18 S. Kurze allgemeine Erörterung des Themas mit einigen Literaturangaben und Schilderung eines Falles: Nach einem schweren Trauma vollkommener Verwirrtheitszustand mit heiterer Erregung und Ausgang in Heilung. Einer allgemeinen Schwächung durch ein altes Leberleiden wird ätiologische Bedeutung zugesprochen. — Serge Soukhanoff-Moskau: „Sur la mélancolie alcoolique." 7 S. Unter diesem Namen versucht der Verfasser aus den bekannten alkoholischen Psychosen ein besonderes Bild herauszulösen, doch vermag er nicht zu überzeugen, daß seine Alkoholmelancholien etwas anderes sind als langdauernde Alkoholhalluzinosen. — Das vierte Heft bringt außerdem die Fortsetzung des Joffroy-Léri'schen Versuches, die Tatsachen der Paralysenhistologie zu besprechen. Abteilung: Moelle et nerfs. 28 S. — Im fünften Heft behandeln G. Etienne-Nancy und Ch. Champy-Paris auf 15 S.: „Les lésions cellulaires des cornes antérieures de la moelle dans les arthropathies nerveuses", 1. bei einer Tabes, 2. einer Syringomyelie, 3. einer Muskelatrophie (Typus Aran-Duchenne). — G. Fumarola-Rom: „Sur la signification du phénomène de Bell." 18 S. Da der Verfasser in der Literatur verschiedene Angaben über das Verhalten des Augapfels beim Lidschlußversuch bei Fazialisparese fand, untersuchte er 32 Fälle und verglich die Befunde mit dem Verhalten Gesunder. Seine Ergebnisse sind: Bei Gesunden bleiben beim Lidschluß die Augen unbeweglich oder bewegen sich nach oben (meist oben außen); bei Fazialislähmungen überwiegen die Bewegungen nach oben außen weitaus. — Etienne Chabrol-Paris gibt eine ausführliche, mit einer großen Übersicht versehene Darlegung unserer Kenntnisse von „Les tumeurs du bulbe". 35 S. Er kennt und bespricht 90 veröffentlichte Fälle. — Im sechsten Heft widmen Anglade und Jacquin-Bordeaux 9 S. einem Fall von „Démence précoce à

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

forme paranoide (avec autopsie et examen histologique)", der klinisch und anatomisch merkwürdig erscheint und unklar bleibt. — D. Pachantoni-Genf: „La dissolution de la vie affective dans la vieillesse." 23 S. Feuilletonistischer Aufsatz. — L. Trepsat: „Épilepsie et menstruation." 6 S. T. beobachtete 21 Monate lang täglich Anfälle und Menstruationsverhalten bei 18 erwachsenen Epileptikerinnen. Seine sorgfältigen Untersuchungen berechtigen zu den Sätzen: Während der Menstruation sind die epileptischen Anfälle viel häufiger als in den Zwischenzeiten, sie treten in den letzten Tagen des Unwohlseins oft in Serien auf. Die Menstruation tritt bei Epileptikerinnen im allgemeinen später erstmals auf, sie ist oft unregelmäßig. Bei einer großen Zahl der Kranken finden sich psychische Störungen während der Menstruation. — A. Antheaume und Roger Mignot: „Insolation et paralysie générale." 9 S. Die Verfasser bemühen sich, den kausalen Zusammenhang zwischen einem heißen, schlecht ertragenen Manövertag und der mehrere Wochen darnach deutlich werdenden Paralyse glaubhaft zu machen, um so mehr, als kein Zeichen für eine überstandene Lues sprach. — R. Benon und Vladoff: „Evolution des états démentiels (Artériosclérose)." 5 S. Ein Fall von chronischem Alkoholismus und Arteriosklerose mit zahlreichen apoplektiformen Anfällen, der durch eine sehr weitgehende Besserung bemerkenswert ist. — A. Mézie-Amiens: „Confusion délirante hallucinatoire aiguë et psychonévrose constitutionelle." 9 S. Zwei Fälle, die kriminell wurden. — Im siebenten Heft bespricht A. Joffroy auf 5 S. zwei Fälle juveniler Paralyse, die sich durch Infantilismus und das Fehlen der Lues in der Anamnese auszeichnen. — F. Raymond und L. Alquier erörtern auf 30 S. sehr ausführlich „La maladie de Recklinghausen, ses variétés nosologiques." Sie behandeln systematisch und kritisch die vorhandene Literatur und einige eigene Fälle. — Paul Sainton und F. Rathery: „Troubles pupillaires et inégalité pupillaire temporaire à bascule dans le syndrome de Basedow." 9 S. Besprechung der bisherigen literarisch überlieferten Pupillenbefunde und eines neuen Falles, der wechselnde Pupillendifferenz und Mydriasis zeigte. — G. Dromard: „Tremblement héréditaire, rappelant celui de la sclérose en plaques". 9 S. Ein Fall mit sechs Schriftproben. — Auf 15 S. berichtet Felix Rose ausführlich über die Hysteriediskussion in der Pariser neurologischen Gesellschaft, deren wesentlichen Inhalt schon Lewandowsky auf S. 843 des vergangenen Jahrgangs dieses Zentralblattes wiedergab. Ebenso wird hier und im neunten Heft die Aphasiediskussion auf 19 S. von Paul Sainton referiert, die Lewandowsky auf S. 90 dieses Jahrgangs erörterte. — A. Devaux und J. Logre stellen auf 17 S. „Considérations sur l'aphasie d'après v. Monakow" an. — Endlich findet sich ein Protokoll der Sitzungen der Pariser Gesellschaft für Psychiatrie vom 18. Juni und 16. Juli 1908, über das ich gesondert berichte. — Im achten Heft: J. Ramadier und L. Marchand-Blois: „La glande thyroide chez les aliénés." 41 S. Bei 48 Sektionen verschiedenartigster Psychosen im Spital von Blois wurde die Schilddrüse gewogen und genauer untersucht; bei einer sehr großen Anzahl gestorbener Geisteskranker von Rodez und Rennes wurde nur das Schilddrüsengewicht bestimmt. Die Verfasser geben ausführliche Tabellen wieder und bauen auf ihren Befunden folgende Sätze auf: Das Gewicht der Schilddrüsen schwankt außerordentlich und scheint von der Gegend irgendwie abhängig zu sein. Eine regelmäßige Beziehung zu irgendeiner Psychose ließ sich, abgesehen vom Kretinismus, nicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auffinden, weder was das Gewicht noch den makroskopischen oder mikroskopischen Befund betrifft. — G. Dromard: „Apraxie et Démence précoce." 13 S. Die Absonderlichkeiten verschiedenartiger Bewegungen bei zwei Fällen werden im einzelnen beschrieben und versuchsweise systematisch geordnet. Die beiden Fälle selbst sind nur ganz kurz wiedergegeben. — Edmond Cornu: „Le rein mobile dans ses rapports avec les troubles mentaux." 5 S. C. wendet sich gegen die häufige Annahme, daß die Wanderniere sehr verbreitet sei, er warnt besonders vor leichtfertiger Stellung dieser Diagnose bei Psychopathen. — Ch. Ladame gibt auf 16 S. ein kritisches Übersichtsreferat über „L'association des idées et son utilisation comme méthode d'examen dans les maladies mentales." Er berücksichtigt besonders deutsche Arbeiten. — Pailhas: „De l'art primitif chez l'aliéné (Sculpture)." 3 S. Eine Tafel. — M. Pain und Schwartz: „Hallucinations avec impulsions sous l'influence du tabac." 2 S. Ein sehr zweifelhafter Fall. — Im neunten Heft: P. Sollier und M. Chartier: „Un cas de syringomyélie cervico bulbaire; début par un hoquet persistant." 11 S. — Ettore Levi: „Nouvelles recherches graphiques sur le phénomène de la trépidation du pied." 38 S. Beschreibung eines eigenen Apparates zur Aufzeichnung der Fußklonusbewegung. Untersuchung von 36 organisch Erkrankten, 52 Neurotikern, 7 an Infektionskrankheiten Leidenden. Abbildung einiger Kurven. Levi's Methodik erlaubt es, den echten vom Pseudoklonus sicher zu unterscheiden, doch gibt es Mischformen. — F. Raymond: „Quelques considérations générales sur les atrophies musculaires progressives et les maladies connexes." 12 S. Eine interessante Besprechung der bekannten Muskelatrophieformen unter besonderer Berücksichtigung atypischer Fälle und ihrer nosologischen Stellung. — René Charpentier berichtet auf 15 S. über die neurologischen Themen des Neurologen- und Psychiaterkongresses französischer Zunge zu Dijon, 3.—8. August 1908. Gruhle (Heidelberg).

F. Plaut: Die Wassermann'sche Serodiagnostik der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie. G. Fischer, Jena 1909.

Die Literatur über serodiagnostische Untersuchungen der Syphilis ist in den wenigen Jahren seit Entdeckung der Methode ins Ungeheure gewachsen, und wer nicht selbst Gelegenheit hatte, sich speziell mit dieser Frage zu beschäftigen, steht ratlos vor der Fülle des ungesichteten Materials. Um so freudiger ist es zu begrüßen, daß uns der Verfasser, dem wir gemeinsam mit Wassermann die erste grundlegende Arbeit verdanken, in dem vorliegenden Buche an der Hand seiner großen Erfahrung über den heutigen Stand der ganzen Frage orientiert, was die Methode von ihren anfänglichen Versprechungen gehalten, und was sie nicht gehalten hat, und welche neuen Fragestellungen seitdem hinzugetreten sind.

Zur Einführung bringt der Verfasser eine kurze theoretische Darlegung über das Wesen der Serodiagnostik mit historischem Überblick und kritischer Besprechung der einschlägigen Arbeiten. Er kommt dabei zu dem Schlusse, daß eine theoretische Begründung der Reaktion zurzeit noch völlig unmöglich sei, während an dem praktischen Resultate niemand mehr zweifeln kann. Bei seinen ersten Untersuchungen schien es allerdings festzustehen, daß die in Wirkung tretenden Stoffe, die den Körperflüssigkeiten luetischer Personen entnommen waren, richtige Antikörper seien, mit denen das aus Lebern luetischer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Föten gewonnene Extrakt als Antigen in Verbindung trete, zumal man nur aus solchen Lebern wirksame Substanzen erhielt, in denen die Spirochaeta pallida in reichlicher Menge vorhanden war. Da zeigten aber andere Untersucher, daß sich auch mit wässerigen und alkoholischen Extrakten aus normalen Lebern, alkoholischem Extrakt aus Meerschweinchenherzen, ja auch mit Lipoiden, wie Lezithin, ähnliche Wirkungen erzielen lassen, so daß dann schließlich von verschiedener Seite die Überzeugung geäußert wurde, es handele sich auch bei den Extrakten aus luetischen Lebern nur um Lipoidsubstanzen, und die Reaktion besitze keinerlei spezifischen Wert. Denn daß die Komplementablenkung möglich ist, auch ohne daß es sich um wirkliche Antigene und Antikörper handelt, zeigte Seligmann durch Versuche, in denen er mit dem gleichen Erfolge zwei Kolloide aufeinander wirken ließ. Dadurch veranlaßt, glaubten andere Autoren auch die Wassermann'sche Reaktion als einfache Kolloidreaktion ansehen zu dürfen, da sich eine Reihe von Momenten fand, die als typisch für die Kolloidreaktion betrachtet werden; doch ihre Schlüsse sind nach Ansicht des Verfassers wenig beweisend, da jene mit Extrakt aus Meerschweinchenherzen statt mit luetischem Organextrakt arbeiteten und die biologische Identität dieser beiden Gemenge noch recht zweifelhaft ist. Was für ein biologischer Vorgang der Wassermann'schen Reaktion zugrunde liegt, läßt sich zurzeit noch nicht sagen. Verfasser stellt uns drei Möglichkeiten, die der Wahrheit am nächsten zu kommen scheinen, zur eigenen Wahl. 1. „Die Wassermann'sche Reaktion ist eine für die Lues biologisch spezifische Antigen-Antikörperreaktion; dabei haben einerseits die Antikörper die Eigentümlichkeit, nicht nur mit dem luetischen Antigen, sondern auch mit normalen Gewebsbestandteilen zu reagieren, und andererseits steht das Antigen den Lipoiden sehr nahe bzw. ist es eine spezifische Eiweiß-Lipoidverbindung." 2. „Die reagierenden Substanzen des Luesserums sind keine Antikörper, jedoch Substanzen, die ihre Entstehung der luetischen Infektion verdanken und die eine chemische Affinität zu den Lipoiden besitzen (Toxine?)." 3. „Es gehen bei der Wassermann'schen Reaktion spezifische und nicht spezifische Bindungsvorgänge nebeneinander her."

Von den verschiedenen als Antigen angewandten Körpern hält Verfasser das wässerige Extrakt aus den Lebern luetischer Föten für das beste und sicherste. Nur daß dieses Mittel so schwer zu beschaffen und daß es so ungleichmäßig in seiner Wirkung ist, läßt einen Ersatz wünschenswert erscheinen. Als solcher käme zurzeit nur das alkoholische Extrakt aus Meerschweinchenherzen in Frage, das aber viel unsicherer wirkt und auch öfters bei Fällen im Stiche läßt, bei denen man mit dem luetischen Extrakt noch positive Reaktionen erzielte, ganz abgesehen davon, daß seine biologische Identität mit den luetischen Extrakten noch recht zweifelhaft ist. Lipoide sind nur in ganz großen Dosen brauchbar; doch tritt damit zugleich eine die Hämolyse hemmende Tendenz in Erscheinung, die sich durch Steigerung des hämolytischen Serums nur unsicher bekämpfen läßt. So ist eine Änderung der bisherigen Versuchsanordnung zurzeit nicht angezeigt.

Das, was Verfasser über die Technik der Reaktion ausführt, bedarf der genauesten Beherzigung für jeden, der mit dieser Methode arbeiten will; insbesondere wird ausführlich erörtert, daß keine der früher angegebenen Kontrollen zurzeit entbehrlich geworden ist, und auf welche Art diese Kontrollen am besten ausgeführt werden. Zwei Punkte scheinen für den Anfänger von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

besonderer Wichtigkeit zu sein. Einmal, daß nur Versuche, die am gleichen Tage mit den gleichen Testflüssigkeiten angestellt werden, sich untereinander vergleichen lassen, und zweitens, daß ein wirklich brauchbares hochwertiges Organextrakt meist erst im Laufe längeren Arbeitens gewonnen wird, so daß anfänglichen negativen Resultaten keine Beweiskraft beigelegt werden darf.

Wichtig ist vor allem, daß die klinische Spezifität der Reaktion erwiesen zu sein scheint. Unter 1010 Kontrolluntersuchungen an dem Serum normaler Menschen fand sich nach der Zusammenstellung Wassermann's kein einziges positives Resultat. Autoren, die zu anderen Ergebnissen gelangten, arbeiteten mit alkoholischem Extrakt aus Meerschweinchenherzen, so daß ihre Versuche nicht einwandsfrei sind. Interessant ist die Tatsache, daß Tiere, die an Protozoenkrankheiten (Trypanosomen) litten, positive Reaktionen gaben; doch lassen sich solche Tierversuche nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen und es bedarf hier noch der Nachprüfung. Die positiven Resultate von Much und Eichelberg bei Scharlach konnte Verfasser ebenso wie andere Autoren nicht bestätigen. Auch die eigenen Untersuchungen des Verfassers sprechen für eine volle Spezifität der Reaktion. 100 Spinalflüssigkeiten von normalen Personen ergaben in keinem einzigen Falle einen positiven Ausschlag, und von 126 Seren hatten nur fünf einen positiven Befund. Daß einzelne anscheinend normale Menschen positiv reagieren, will nicht viel besagen, da sich eine luetische Infektion kaum jemals sicher ausschließen läßt, zumal, wie Verfasser nachweisen konnte, der positive Ausfall der Reaktion das einzige Zeichen hereditärer Lues bei sonstigem völligem Wohlbefinden sein kann. Dazu war bei einem von den fünf Normalen mit positiver Reaktion auch noch eine Lymphozytose der Spinalflüssigkeit vorhanden und bei einem anderen fehlten genauere anamnestische Daten.

Verfasser wendet sich nun der klinischen Seite der Frage zu und betrachtet zunächst die Fälle von Lues ohne Beteiligung des Zentralnervensystems. Bei 27 Kranken wurde die Spinalflüssigkeit untersucht und jedesmal ein negativer Befund erhoben, dagegen gab das Blutserum von 91 solchen Kranken in 79% einen positiven Ausschlag. Unter den 19 Patienten, die eine negative Reaktion hatten, befanden sich 16 mit tertiärer latenter Syphilis; unter fünf Initialsklerosen wurde ein negativer Befund erhoben, der aber mit Auftreten der sekundären Erscheinungen nach der positiven Seite umschlug. Die Reaktion ist also als der Ausdruck der luetischen Allgemeininfektion zu betrachten, doch darf ihr Fehlen nicht als Beweis für das Ausbleiben der Allgemeininfektion aufgefaßt werden. Die Reaktion kann nach Abklingen der infektiösen Symptome verschwinden, sie hat aber nichts mit der Kontagiosität zu tun und läßt sich auch nicht ohne weiteres zur Feststellung, ob jemand geheilt sei, verwerten. So wurde in einem Falle noch 26 Jahre nach der Infektion ein positiver Befund erhoben trotz gründlicher antiluetischer Behandlung und äußerlich völliger Gesundheit.

Bei Paralyse scheint die Spinalflüssigkeit immer positiven Befund zu geben. In den fünf Fällen, wo sie sowohl wie das Serum versagte, war dreimal sicher eine Fehldiagnose gestellt worden. Im ganzen verfügt Verfasser zurzeit über ein Material von 153 Kranken, worunter sich 46 Frauen befinden. Bei nur 62% der Männer und 58% der Frauen konnte die luetische Infektion anamnestisch wahrscheinlich gemacht werden, dagegen gaben sämtliche Kranke ohne Ausnahme bei der Untersuchung des Blutserums einen positiven Ausschlag,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

was mit Sicherheit beweist, daß eine syphilitische Ansteckung vorausgegangen sein muß. Ein negativer Ausfall der Probe ist daher klinisch verwertbar und spricht mit großer Wahrscheinlichkeit gegen Paralyse, während ein positiver Ausschlag nur auf eine überstandene Lues hinweist. Zwischen der Intensität der Serumreaktion und der Schwere der klinischen Erscheinungen ließen sich keinerlei Beziehungen herstellen; dagegen deckte der Vergleich von Reaktionsstärke der Spinalflüssigkeit mit der des Serums wichtige Beziehungen auf, die sich allerdings nicht in ganz gleichmäßigen Reihen darstellen ließen, da Serum wie Extrakt hemmende und fördernde Substanzen enthalten, die hindernd in Erscheinung treten. So viel kann aber als sicher gelten, daß Überwiegen des Serums über die Spinalflüssigkeit nur Fällen von wenig progredientem Verlaufe zukommt (vgl. später Lues cerebri), während drei stürmisch verlaufende Erkrankungen das umgekehrte Verhalten zeigten. Bei den gewöhnlichen Formen war die Reaktion der beiden Flüssigkeiten ziemlich gleichmäßig im Gegensatz zu den Beobachtungen der französischen Autoren, bei denen das Serum meist zurückstand. Da die wenigen Fälle (sechs), in denen die Reaktion bei der Spinalflüssigkeit negativ ausfiel, sich auch klinisch nicht sicher als Paralysen diagnostizieren ließen, zum Teil sich sogar später als Fehldiagnosen herausstellten, so darf man heute schon sagen, daß der positive Ausfall der Reaktion bei der Spinalflüssigkeit ein für Paralyse charakteristisches Zeichen ist, das sich in fast allen Fällen nachweisen läßt. Wahrscheinlich handelt es sich sogar um ein Frühsymptom; denn Verfasser gelang es in mehreren Fällen, die noch ganz im Beginne waren und körperliche Veränderung noch gar nicht oder nur angedeutet boten, auf diese Weise die sichere Diagnose zu stellen. Wichtig ist, daß die positive Reaktion der Spinalflüssigkeit auch bei der Tabes in einer großen Mehrzahl der Fälle beobachtet wird, während sie bei der Lues cerebri fast immer zu fehlen scheint; eine Bestätigung unserer bisherigen Auffassung über das Verhältnis dieser drei Erkrankungen zueinander. Wenn es auch nach Ansicht des Verfassers heute noch nicht spruchreif ist, welchen Wert die Reaktion für die Differentialdiagnose bedeutet, so kann man doch schon mit Sicherheit erkennen, daß wir in ihr eine wichtige Bereicherung unserer diagnostischen Hilfsmittel erfahren haben.

In den nächsten Abschnitten wird an einer Reihe von Beispielen von schwierig zu beurteilenden Fällen die Brauchbarkeit der Reaktion zur Differentialdiagnose dargelegt und ihre Grenzen bezeichnet.

Den Schluß des Kapitels bildet eine Zusammenfassung alles dessen, was wir über das Wesen der Paralyse aus der Wassermann'schen Reaktion erfahren. Eine wirkliche Klärung der ganzen Frage dürfen wir nicht erwarten, da ja das Wesen der Reaktion selbst noch biologisch unklar ist. Sicher ist aber das eine bewiesen, daß ohne Lues keine Paralyse vorkommt und daß die Paralytiker zur Zeit der Erkrankung noch als Luetiker betrachtet werden müssen, da sie in ihrem Blutserum den gleichen Befund haben, wie die Syphilis in ihren floriden Stadien. Es bestehen also enge Beziehungen zu den manifesten Zeiten der Lues und es ist vielleicht das Auftreten der nach Wassermann reagierenden Substanzen eine Vorbedingung für die Erkrankung an Paralyse. Die klinische Sonderstellung der Paralyse (und auch der Tabes) ist durch das Auftreten der positiven Reaktion der Spinalflüssigkeit aufs neue sichergestellt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei der Lues cerebri macht es die klinische Unsicherheit unserer Diagnose zurzeit noch unmöglich, zu bestimmten Resultaten zu gelangen. So war von 50 untersuchten Fällen des Verfassers nur bei 22 die Diagnose genügend erhärtet, und unter diesen zeigten nur drei Kranke eine positive Reaktion der Spinalflüssigkeit, während das Blutserum bei allen mit Ausnahme eines Falles positiven Ausschlag gab. Das ist ein wesentlicher Unterschied gegen die Paralyse und stimmt völlig überein mit den Befunden bei der floriden Syphilis ohne Beteiligung des Zentralnervensystems; eine serologische Diagnose der Lues cerebri ist also unmöglich. Auf die einzelnen Fälle, die Verfasser an der Hand von recht interessanten Krankengeschichten bespricht, kann hier nicht eingegangen werden, ebensowenig wie auf die übrigen 28 klinisch nicht ganz klaren Erkrankungen. Als besonders wichtig mögen nur folgende Punkte herausgehoben werden. Der einzige Fall, bei dem sich eine negative Reaktion des Blutserums fand, erwies sich bei der Obduktion als eine Meningomyelitis luetica; doch waren die Haupterscheinungen und der Exitus nicht durch ein Gumma, wie man vermutete, sondern durch ein hinzugetretenes Gliom verursacht worden. Zehn von den unsicheren Fällen, die eine positive Reaktion der Spinalflüssigkeit gaben, sind alle klinisch paralyseverdächtig; während ein klinisch typisch paralytischer Kranker, der positive Serum- und negative Spinalreaktion gab, bei der Obduktion als Lues cerebri erkannt wurde. Von drei Fällen, die von Gaupp bei seinen Nachforschungen über die stationäre Paralyse untersucht und bei denen die Diagnose Paralyse für unwahrscheinlich erklärt worden war, hatten zwei einen negativen, einer einen schwach positiven Befund der Spinalflüssigkeit, während das Serum bei allen drei positiv reagierte. Recht interessant sind auch die Beispiele von ganz atypischen Krankheitsbildern, die manische, paranoide und epileptische Psychosen vortäuschten, während der Ausfall der Wassermann'schen Reaktion Lues cerebri wahrscheinlich machte. Beobachtungen 43 und 44 beziehen sich auf die wichtige Differentialdiagnose zur Arteriosklerose.

Unter 16 beginnenden Tabesfällen wurde bei zehn Serum und Spinalflüssigkeit gleichzeitig untersucht und dabei stets positive Serumreaktion gefunden, während die Spinalflüssigkeit nur sechsmal positiven Ausschlag gab. In den übrigen Fällen war die Serumreaktion meist, doch nicht immer positiv. Bei sechs Tabesparalysen war der positive Ausschlag der Spinalflüssigkeit nur gering, was man wohl mit dem protrahierten Verlaufe dieser Form in Beziehung bringen darf. Eine Klärung der Tabespsychosenfrage ist von der Methode natürlich nicht zu erwarten.

Ausblicke auf ganz neue Gebiete bringt das nächste Kapitel, das sich mit dem hereditär luetischen Schwachsinn beschäftigt. Die Angaben über die Häufigkeit seines Auftretens sind heute noch völlig widersprechend, da uns bisher eine einwandsfreie Methode zum Luesnachweis fehlte. Die Anamnese ist meist ungenügend. Luetische Stigmata sind häufig nicht vorhanden oder treten erst im späteren Kindesalter auf und die Krankheitsbilder als solche sind nicht charakteristisch. Hier setzt die Wassermann'sche Reaktion ein. Doch bleibt sich auch Verfasser wohl bewußt, daß der Nachweis der luetischen Infektion allein noch nicht dazu berechtigt, in allen Fällen sofort ätiologische Beziehungen zu den betreffenden Erkrankungen herzustellen. Das Material des Verfassers setzt sich zusammen aus Kranken der Münch. Psych. und der Kinderklinik, des Reisingerianums und den Kindern von Paralytikern, die in der Münch. Psych.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Klinik Aufnahme fanden, im ganzen 50 Kinder. Darunter finden sich drei Fälle von juveniler Paralyse, die genau den gleichen Befund wie bei Erwachsenen gaben. Positive Reaktion des Serums fand sich bei einer Anzahl Kranker, die angeborene oder früh erworbene geistige Schwäche mit und ohne motorische Störungen boten, wie überhaupt die Trennung derartiger Schwachsinnsformen nach körperlichen Symptomen dem Verfasser nicht angängig scheint. Besonders schön lehrt dies ein Fall, wo mit $1^1/_2$ Jahren eine vorübergehende Hemiplegie auftrat, die sich völlig zurückbildete, aber eine Demenz hinterließ, die sich in nichts von den sonst beobachteten Fällen unterschied. Auch hier gab das Serum positiven Ausschlag. Unter sechs Imbezillen — meist Paralytikerkinder — fand sich positiver Ausfall der Reaktion viermal. Bei zwei Psychopathen, die körperlich sonst Verdacht auf Lues erweckten, verlief die Untersuchung dagegen negativ. Unter den 52, bei denen das Blutserum geprüft worden war, fanden sich 14 Paralytikerkinder oder Geschwister von luetisch Erkrankten, die selbst nichts von irgendwelchen Störungen boten. Sie reagierten alle negativ. Von den übrigbleibenden 38 hatten 23 einen positiven Befund. Unter neun nervösen Paralytikerkindern, die keinerlei Zeichen von Lues an sich hatten, ergaben zwei einen positiven Ausschlag. Der Wert der Methode wird aber besonders schön an dem Beispiel einer Familienanamnese dargelegt, wo es gelang, in ungeahnter Weise die Verbreitung der Lues unter den Nachkommen aufzudecken. Verfasser zeigt uns damit ganz neue Wege zur Erforschung familiärer Erkrankungen.

Ein Einfluß der Quecksilberkuren auf die Intensität der Reaktion konnte nicht ermittelt werden; ebensowenig scheinen paralytische Anfälle oder das Fortschreiten des paralytischen Prozesses irgendwie auf die Reaktion einzuwirken. Im Gegenteil zeigte die Reaktion eine außerordentliche Konstanz, so daß Körperflüssigkeiten, deren Entnahme über ein Vierteljahr auseinanderlag, genau die gleichen Reaktionsreihen aufwiesen. Schwierigkeiten für die Untersuchung bestanden nicht, da sich die Flüssigkeiten, wenn die richtige Konservierungsmethode angewandt wird, leicht ein Jahr und länger aufbewahren lassen.

Vergleiche der zytologischen Untersuchungen mit den serologischen ließen keinerlei Abhängigkeit voneinander erkennen; doch scheint die Wassermann'sche Reaktion das feinere Reagens von beiden zu sein, da sich in acht Fällen von beginnender Paralyse bei ihr ein positiver Ausschlag nachweisen ließ, während die zytologische Untersuchung noch normalen Befund ergab.

Schon dieser kurze Auszug läßt erkennen, welche Fülle von Tatsachen und von Anregung in der vorliegenden Arbeit enthalten ist. Wer selbst mit der Methode zu untersuchen beabsichtigt, wird eines gründlichen Studiums nicht entbehren können. Aber auch wer sich sonst für den Fortschritt unserer Wissenschaft interessiert, wird das Buch mit großem Genusse lesen.

Reiß (Tübingen).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Referate und Kritiken.

Psychiatrie und Neurosen.

Benigni: Delirio acuto e sintomi di meningite.

(Giorn. di psich. clin. e tecnic. manicom. XXXVI, 1—2.)

Ein kasuistischer Beitrag von zwei Fällen, in denen bei Delirium acutum abnorm hervortretende meningitische Symptome zu konstatieren waren. Ungewöhnlich war schon der Mangel an hereditärer Anlage, die meist bei dieser Krankheit in hohem Maße besteht, sowie das vorgeschrittene Alter der Fälle (65 und 50 Jahre). Es bestanden Paresen, Kontrakturen, Rigidität der Glieder, Nackenstarre usw., Zeichen, die das vollendete Bild der Meningitis vortäuschten. Die beiden Fälle passen in keine Klassifikation des Delirium acutum, z. B. auch in die Schüle'sche nicht. Zur Bianchi'schen Beschreibung passen sie nur teilweise. Verf. leitet die hier beschriebenen Zeichen her von meningealer Reizung, da es sich im Grunde bei der Krankheit um eine Meningo-Enzephalitis handele, die auf eine Intoxikation zurückzuführen sei. Bestimmtes über die Art dieser Intoxikation weiß man nicht, Bianchi will eine bazilläre Form abtrennen, bei der ein spezifischer Erreger im Blute kreisen soll. Nach der Häufigkeit, mit der man in der italienischen Literatur das Delirium acutum angeführt findet, kann man sich der Ansicht nicht verschließen, daß sich die Bedingungen dazu ganz besonders oft in Italien finden.

Wolff (Katzenelnbogen).

Wassermeyer (Kiel): Delirium tremens.

(Arch. f. Psychiatrie, Bd. 44, Heft 3, 1908.)

Monographische Darstellung einschließlich der forensischen Bedeutung und der pathologischen Anatomie des Delirium tremens, auf Grund der reichen Literatur und des Kieler Materials aus den Jahren 1901—1907 (284 Fälle).

An Einzelheiten seien nur die folgenden herausgehoben. Das Delirium faßt W. als eine Exazerbation der chronischen Alkoholvergiftung auf, die dann eintritt, wenn der Organismus den an ihn gestellten Forderungen nach Leistungs- oder Anpassungsfähigkeit nicht mehr gewachsen ist. — Ein Abstinenzdelirium erkennt W. an; 3,87 % seiner Fälle rechnet er dahin. — Konsequenterweise empfiehlt er prophylaktische Darreichung von Alkohol an dekrepide, verletzte oder operierte Säufer. Aber auch Deliranten gibt er mit Eintritt der motorischen Unruhe Alkohol (täglich 2—3 Flaschen Selterswasser, dem je 15—30 ccm 96 % Alkohol zugesetzt sind). — Die Mortalität beträgt nach der Kieler Statistik 9,5 %.

Haymann (Freiburg i. Br.).

Ferenczi: Kann ein durch Unfall herbeigeführtes Trauma progressive Paralyse verursachen?

(Gyógyászat 1908, Nr. 28. Ungarisch.)

Bei einem Maschinenheizer, der am 8. Januar 1904 von einem Eisenbahnzusammenstoß betroffen wurde, entwickelten sich, angeblich schon einige Tage nach dem Unfalle, psychische Veränderungen, die auf Paralyse deuteten. Kurze Zeit nachher wurde auch die Krankheit eklatant, so daß der Kranke im Mai desselben Jahres einer Anstalt übergeben werden mußte, wo er im Januar des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

folgenden Jahres starb. Verf. wurde nun als Sachverständiger vor die Frage gestellt, ob zwischen dem Unfall und der Paralyse, resp. dem durch dieselbe verursachten Tode ein ursächlicher Zusammenhang bestehe. — Verf. gab sein Gutachten dahin ab, daß der fragliche Zusammenhang nicht mit Bestimmtheit zu konstatieren sei, daß man aber auch die Möglichkeit desselben nicht ausschließen könne; immerhin jedoch sei es sehr wahrscheinlich, daß der Unfall, auch wenn die eigentliche Ursache der Krankheit eine andere war, den Ausbruch und den Verlauf der letzteren beschleunigte, also verschlimmernd wirkte. — Der Gerichtshof akzeptierte den Zusammenhang und verurteilte die Eisenbahnverwaltung zur Schadenersatzleistung. Epstein (Nagyszeben).

Donath: Hysterische, schlafähnliche (lethargische) Zustände.
(Orvosi hetilap 1908, Nr. 30. Ungarisch.)

Mitteilung folgenden Falles: Ein 17jähriges Mädchen, welches mütterlicherseits hysterisch belastet war und durch „unglückliche Liebe" eine seelische Erschütterung erlitten hatte, verfiel eines Tages, nachdem es zwei Monate vorher einen Typhus überstanden hatte, in einen schlafähnlichen Zustand, aus dem es 2—3 Tage nicht zu erwecken war. Einige Tage später traten wiederholt Krampfanfälle auf. Nun wurde Pat. ins Spital gebracht, wo die Untersuchung mehrere hysterische Stigmata ergab. Es traten nunmehr fast jeden Tag 1—12 Schlafanfälle von $^1/_4$—80 minutenlanger Dauer auf; gewöhnlich dauerten sie 10—30 Minuten. Diese Schlafanfälle, deren Gesamtzahl während 109 Tagen 209 war, traten immer plötzlich, unvermittelt auf und unterschieden sich von dem gewöhnlichen Schlaf dadurch, daß die unteren Gliedmaßen in einem tonischen Krampfzustande verharrten und daß die Pat. auch auf stärkste Reize nicht reagierte; Puls und Atmung waren nicht gestört. Auch als Autohypnose konnten die Zustände nicht aufgefaßt werden, da während derselben die Pat. nicht suggeriert war und für die ganze Dauer dieser Zustände sowohl im wachen, als auch im hypnotischen Zustande vollkommene Amnesie bestand. Epstein (Nagyszeben).

Látrányi: Plötzlich geheilte paranoide Melancholie.
(Orvosi hetilap 1908, Nr. 46. Ungarisch.)

Der Fall bezieht sich auf einen Gerichtsrat, den die Wahnvorstellung, daß er auf Grund falscher Zeugenaussagen zum Tode verurteilt worden sei, in Depression hielt, neben welcher Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit und ein nicht geringer Schwachsinn bestand. Pat. war $1^1/_2$ Jahre in der Irrenanstalt, während welcher Zeit der Zustand unverändert blieb. Dann probeweise Entlassung. Am dritten Tage nach derselben präsentierte sich der Kranke, auch in seinem Äußern vorteilhaft verändert, angeblich ganz normal; Wahnideen und Schwachsinn waren geschwunden, hingegen zeigte sich volle Krankheitseinsicht. — Die sehr dürftige Mitteilung wirkt in keiner Weise überzeugend. Weder erscheint die Diagnose der Melancholie gerechtfertigt, noch auch ist die angebliche Genesung durch genügende Beobachtung erhärtet. Epstein (Nagyszeben).

Salgó: Die Hypochondrie.
(Gyógyászat 1908, Nr. 52.)

Verf. sieht die Hypochondrie als Krankheit sui generis an, und zwar lasse der Umstand, daß die Kranken endogene psychische Elemente mit dem Charakter

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Realität ausstatten, d. h. daß sie Gefühle objektivieren, die auf Grund von Halluzinationen oder wenigstens Illusionen entstanden sind, das Leiden als Geisteskrankheit bezeichnen. Epstein (Nagyszeben).

Kölpin (Andernach): Mord bei Dementia praecox.

(Friedreich's Blätter für gerichtliche Medizin, 1908.)

K. teilt zwei Fälle von Mord bei Dementia praecox mit. Im Anschluß an den zweiten wird kurz die Differentialdiagnose gegenüber der Epilepsie besprochen. Als Hauptstütze seiner Diagnose führt K. an: die Abstumpfung aller höheren sittlichen Gefühle, die gemütliche Verblödung und impulsive Handlungen. Haymann (Freiburg i. Br.).

E. Németh: Beiträge zur Psychologie der Zeugenaussagen.

(Gyógyászat 1908, Nr. 19—20. Ungarisch.)

Mitteilung einiger interessanter Fälle, in welchen Geisteskranke, Alkoholiker, Degenerierte ohne böse Absicht, bloß auf pathologischer Grundlage, u. a. auch gegen sich selbst, bis ins kleinste Detail gehende falsche Zeugenaussagen machen, die unter Umständen geeignet sind, die Rechtspflege in eine falsche Bahn zu leiten. Erwähnt wird weiterhin auch ein Fall, wo mehrere Verbrecher mit Bezug auf ein Delikt bewußt falsche Selbstanklagen erhoben, um die Richter irre zu führen, was ihnen insofern gelang, als die Untersuchung erschwert und um 15 Monate verzögert wurde, bis es endlich bei der Hauptverhandlung gelang, den verwickelten Knoten zu lösen. Epstein (Nagyszeben).

Roasenda: Linee generali di Psicoterapia.

(Estr. d. Riv. Neuropat. II, 1908, 8, 9, 10.)

Ein längerer Artikel über die Psychotherapie im allgemeinen, wie sie bei Neurosen, unter denen auch die Melancholie in leichten Formen figuriert, ausgeübt werden soll. Die Psychotherapie läuft hinaus auf eine Rückerziehung der psychischen Funktionen und wird hauptsächlich betätigt in Form der Überredung. Die Überredung allein genügt allenfalls bei den leichteren Fällen von Neurasthenie infolge Überanstrengung, bei denen nur geringe hereditäre Momente mitspielen; ja, bei dieser Form ist vielleicht allein Ruhe und zweckmäßige Ernährung genügend. Bei der hereditären Form, der Psychasthenie also, genügt Ruhe und Ernährung nicht, die obsedierenden Vorstellungen machen die psychische Behandlung unbedingt notwendig, die etwa in der Art von Dubois und Oppenheim ausgeübt wird. Doch spielt hierbei nicht, wie diese Autoren meinen, bloß die Überredung eine Rolle, sondern es ist hierbei die Suggestion in ausgedehntem Maße mit im Spiele. Die Namen obiger Autoren schon genügen zur Suggestion. Die Suggestion bereitet den Boden vor, dazu gehört vor allen Dingen, daß der Kranke Vertrauen habe zu seinem Arzte. In den meisten Fällen ist ferner die Versetzung des Patienten in eine zweckentsprechende Umgebung nötig, also etwa in ein Sanatorium. Allerdings ist Phrenasthenie ein sehr hartnäckiges Leiden, und nur bei einem Teil der Fälle hat man Erfolge von Bedeutung. Von den melancholischen, depressiven Patienten gehören die mit Suizidideen unbedingt in geschlossene Heilanstalten, bei den leichteren Fällen kann man sein Glück versuchen mit der Psychotherapie. Es scheint, daß Verf. nicht an einen Erfolg der Behandlung bei solchen Zuständen glaubt, immerhin wird der Zustand erträglicher gemacht und der Glaube an

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das, was der Arzt sagt, hält den Patienten aufrecht; diese Einwirkung, die bis zum Glauben führt, geschieht durch die stete Wiederholung der Überredung. Steter Tropfen höhlt den Stein. Was die Hysterie anbelangt, so ist zu ihrer Behandlung außer Suggestion und Überredung noch die Zuhilfenahme irgendeiner physischen Einwirkung als Verstärkung der psychischen Behandlung notwendig, also etwa der faradische Strom, oder der Magnet, oder Bäder, Massage usw. Im Notfalle kann die Suggestion hierbei durch Hypnose verstärkt werden. In allen Fällen ist eine minutiöse körperliche Untersuchung, die öfter wiederholt wird, zur Unterstützung der Psychotherapie angebracht, der Arzt muß dem Patienten zeigen, daß er sich für sein Leiden intensiv interessiert und ihn stets beobachtet. Wolff (Katzenelnbogen).

Ferenczi: Psychoanalyse und Pädagogik.

(Gyógyászat 1908, Nr. 43. Ungarisch.)

Verf., ein begeisterter Anhänger der Freud'schen Lehren, behauptet, daß die heutige Kindererziehung eine förmliche Züchterin der verschiedensten Neurosen sei, und sucht diese Behauptung in interessanten, aber wenig oder gar nicht begründeten Ausführungen, deren Inhalt sich im Rahmen eines Referates nicht gut wiedergeben läßt, näher zu beleuchten. Es sei nur einiges erwähnt. Die Erziehung steht im Widerspruch zum „Unlustprinzip", befördert die Gefühls- und Gedankenverdrängung, macht die Kinder zu Lügnern gegen sich selbst und erzieht die Menschheit zu „introspektiver Blindheit". Wenn wir nicht alle krank werden, so ist das nur unserer robusteren seelischen Organisation zu danken, aber zumindest wird mancher von uns unfähig, die Lebensfreuden unbefangen zu genießen. Neurose und heuchlerischer Egoismus sind die Folgen der auf Dogmen beruhenden, die wahre Psychologie des Menschen nicht beachtenden Erziehung. Die ganze Gesellschaft ist neurotisch (?Ref.). Wie das psychoanalytische Heilverfahren dem neurotischen Individuum Heilung bringt (sollte das so sicher sein? Ref.), so kann auch das Heilmittel für die Neurose der Gesellschaft nichts anderes sein, als die unverhüllte Einsicht in das wahre und volle Wesen des Menschen, namentlich in die nicht mehr (vielleicht doch noch! Ref.) unzugängliche Arbeitsstätte des unbewußten Seelenlebens; das Präventivmittel aber ist die auf Einsicht und Zweckmäßigkeit, nicht auf Dogmen zu basierende Pädagogik. Epstein (Nagyszeben).

Ferenczi: Analytische Erklärung und Heilung der psychosexualen Impotenz.

(Gyógyászat 1908, Nr. 50. Ungarisch.)

Anknüpfend an die Mitteilung zweier behandelter Fälle analysiert Verf. den psychischen Hintergrund der funktionellen (psychogenen) Impotenz und kommt zu dem Schlusse, daß das Leiden Teilerscheinung einer Psychoneurose sei, mithin im Freud'schen Sinne aufzufassen und dementsprechend zu behandeln sei. Ohne Psychoanalyse sei es schwer, in schwereren Fällen Heilerfolge zu erzielen. Epstein (Nagyszeben).

Henze: Die Organisation der Hilfsschule.

(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns 1908, 2.)

In kurzer klarer Übersicht werden die Grundzüge und Erfahrungen des Hilfsschulwesens dargelegt. Die Wichtigkeit der Mitwirkung des psychiatrisch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durchgebildeten Arztes und die Vorteile, welche die psychiatrische Forschung hieraus ziehen kann, werden gebührend betont. Müller (Dösen).

S. Ferenczi (Budapest): Über Aktual- und Psychoneurosen im Lichte der Freud'schen Forschungen und über die Psychoanalyse.

(Wiener klin. Rundschau 1908, Nr. 48—51, 24 S.)

F. gibt im Rahmen einer kurzen Studie eine übersichtliche Zusammenfassung der Freud'schen Neurosentheorie, sowie der Prinzipien und der Technik der Untersuchungs- und Behandlungsmethode Freud's, der Psychoanalyse; er stimmt auf Grund seiner eigenen, durch die Psychoanalyse gewonnenen Erfahrungen den Anschauungen Freud's bei.

Verf. bespricht die zwei großen Gruppen der Neurosen nach Freud, nämlich die Aktualneurosen, wozu er mit Freud die (sexuelle) Neurasthenie und die Angstneurose rechnet, und dann die Psychoneurosen, nämlich die Hysterie und die Zwangsneurose. Die (sexuelle) Neurasthenie führt er mit Freud in der Hauptsache auf exzessive Masturbation zurück, die Angstneurose darauf, daß die „Libido" vom Psychischen abgelenkt wird und sich dann subjektiv als Angst geltend macht (beim Manne namentlich als Folge von Coitus interruptus, beim Weibe nach Ausbleiben des Orgasmus infolge der Ejaculatio praecox des Mannes). Bei Beseitigung der schädlichen Umstände schwinden auch die Symptome.

Die Psychoneurose erfordere nach F. zu ihrem Verständnis und als wirksame Behandlung die Psychoanalyse, deren Prinzipien und Technik F. in Kürze schildert und dabei ihre großen Ansprüche an den Takt und den psychologischen Sinn des Arztes betont; er weist dabei auch auf die besondere Wichtigkeit der Traumanalysen hin. Das Ziel der Analyse ist, dem Patienten Einsicht in seine durch diese Behandlung bewußt gewordenen gefühlsbetonten (pathogenen) Komplexe und ihre Motive gewinnen zu lassen, wodurch die vorher an den Krankheitskomplex gebundenen Affekte zu zweckmäßiger Betätigung frei werden.

Auf Grund seiner eigenen psychoanalytischen Erfahrungen stimmt F. den Sätzen Freud's bei, daß unbewußte sexuelle Faktoren in keinem Falle von Psychoneurosen fehlen, ja, daß sie zumeist die Hauptrolle spielen, was nicht so sehr verwunderlich ist, wenn man die Bedeutung des Sexualtriebs und die ihn weitgehend unterdrückenden Kulturmächte in Erwägung zieht. F. gibt einige instruktive, von ihm analysierte und dadurch zur Heilung gebrachte Beispiele zu seinen Ausführungen.

Auf die, die sich für die Freud'sche Forschungsrichtung interessieren — und ihre Zahl mehrt sich —, wird die Ferenczi'sche Studie anregend wirken.

Stockmayer (Tübingen).

E. Hermann Müller: Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum.

(Psychiatr.-neurol. Wochenschr. X, 1908.)

Ursache der Hyperemesis kann sein ein Fluor albus. Nämlich: Fluor kann umgedeutet werden in Sperma; Sperma erscheint als etwas Ekelhaftes; Ekel erzeugt Erbrechen. Ursache kann weiter sein mit Eiter beschmutzte Wäsche. Nämlich: Eiter führt im Unterbewußtsein hinüber zu menstrueller Verunreinigung der Wäsche, zu Fluor- und Spermaflecken, diese erzeugen Ekel

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und die Brücke ist wieder geschlagen. Ursache kann sein ein Stück zum Essen vorgesetztes Fleisch. Nämlich: Fleisch ist das Symbolon des Membrum virile; dieses sei für manche Weiber ein Gegenstand des Abscheus; Abscheu ruft Erbrechen hervor. Und so weiter. Immer erzeugt der irgendwie entstandene stark affektbetonte psychische Vorgang die somatische Erscheinung des Erbrechens. Man merkt: „Konversion"! Also: Hysterie in modernster Auffassung. Warum auch nicht? Weshalb nicht auch die Hyperemesis gravidarum einmal psychanalytisch betrachten? Die Erfolge sind, wie obige Beispiele zeigen, glänzend; zumal wenn man unter dem gewählten Gesichtswinkel alte Krankengeschichten, bis zu 20 Jahren zurückliegend, nachträglich „psychanalysiert".

Haymann (Freiburg i. Br.).

A. R. Baker: Exophthalmic goiter.

(Ophthalmology, Bd. V, Nr. 2, 1909, S. 219.)

Verf. sucht durch eine statistische Übersicht über 50 von ihm beobachtete Basedowfälle zu beweisen, daß die Erkrankung an sich eine günstige Prognose gibt, und daß es nicht nötig ist, wie Barker u. a. wollen, jeden Fall einer Thyreoidektomie zu unterziehen. Er ist im Gegenteil der Ansicht, daß gerade die operierten Fälle meist schlechten Ausgang nehmen, während besonders auch ganz schwere Fälle durch geeignete symptomatische Behandlung geheilt werden können. In erster Linie sei es erforderlich, die psychische Ursache zu bekämpfen. Heirat und Geburten haben oft günstigen Einfluß. Besonderen Erfolg hat Verf. neben der psychischen Behandlung von länger durchgeführter Bettruhe gesehen.

Brons (Dortmund).

Walter Baumann (Ahrweiler): Zur Therapie der Basedow'schen Krankheit mit Antithyreoidin Möbius.

(Berl. klin. Wochenschr. 1908, Nr. 20.)

Mitteilung eines Falles, in dem durch eine dreiwöchige Kur mit Antithyreoidin (3 × 8 bis 3 × 10 Tropfen, im ganzen 30 ccm) bei einer Basedowkranken subjektive und objektive Besserung erzielt worden ist.

Haymann (Freiburg i. Br.).

G. Winternitz (Halle): Über Veronalnatrium.

(Mediz. Klinik 1908, Nr. 31.)

Wirkung, Neben- und Nachwirkungen des Veronalnatriums fand W. gleich denen des Veronals; nur bei leerem Magen trat die Wirkung rascher ein. Auch die Löslichkeit und die Möglichkeit bequemer rektaler Anwendung sind Vorzüge des neuen Mittels, dessen Verwendbarkeit — wenigstens in Pulver- und Tablettenform — andererseits etwas beeinträchtigt wird durch den schlechteren Geschmack.

Haymann (Freiburg i. Br.).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Zweites Juniheft · 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Über halluzinatorische Erinnerungen.

Von

Prof. **W. v. Bechterew** (St. Petersburg).

Man kann als halluzinatorische Erinnerungen jene eigentümlichen Krankheitszustände bezeichnen, wo die Kranken frühere Ereignisse, Gesehenes oder Gehörtes in Gestalt von Halluzinationen reproduzieren. Es ist eine wirkliche halluzinatorische Reproduktion früher erlebter Vorstellungen.

Ich will jedoch zunächst einige hierher gehörige Beobachtungen anführen.

Pat., eine alte Jungfer, ohne schwere hereditäre Prädisposition und ohne Alkoholgenuß, lebte in einem Kloster, bekommt nach Influenza ein Ohrleiden mit schließlicher Nekrose beider Trommelfelle und starker Abnahme des Gehörs, die auch jetzt noch fortbesteht. Im Kloster hatte Pat. eine Anzahl Mädchen in der Prägewerkstatt zu unterweisen. Infolge der starken nervösen Spannung durch das Ohrenleiden bekommt Pat. Illusionen und Halluzinationen. Sie erkrankt schließlich an einer halluzinatorischen Psychose infolge der Ohraffektion. In der Prägestube hört sie beim Anschlagen des Hammers Worte, schließlich auch ganze Sätze. Auch ihren Namen hört sie von den bei der Arbeit anwesenden Nonnen ausrufen. Sie ist darüber bestürzt, daß sie den ganzen Inhalt eines Gespräches hört, das vor einem Jahr zwischen ihr und den Aufseherinnen einer Anstalt stattgefunden hatte, wo sie früher Handarbeitslehrerin gewesen war. Die Schülerin E. war sehr grob gewesen; Pat., damals noch gesund, hatte sie dafür in eine niedere Klasse versetzt. Die Aufseherin bat sie, das Kind wieder aufzunehmen, das ihr Pflegekind war und infolge der Strafe zwei Tage weder schlafen, noch essen und trinken wollte. Auch die übrigen Schülerinnen baten die Pat. dringend um Wiederaufnahme der Bestraften. Diese bat schließlich um Verzeihung und fand wieder in der Handarbeitsabteilung Aufnahme. Dieser ganze Vorfall nun, mit den stattgehabten Gesprächen, Bitten, Weinen des bestraften Kindes, den Worten der Kranken selbst wurde in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

allen Einzelheiten mittels halluzinatorischer Gehörsbilder so genau reproduziert, „als ob alles sich eben vor mir wirklich ereignet hätte“. Pat. war darüber aufs höchste bestürzt, erzählte die Sache der Äbtissin, welche darin eine „Versuchung“ erblickte und dadurch unsere Pat. sehr ärgerte.

Ein anderes Mal hörte Pat. die Stimme ihres alten Bekannten P. Er erzählte ihr sein ganzes Leben, seine Beziehungen zu anderen, Dinge, die der Pat. wohl bekannt waren. Alles, was Pat. von diesem Herrn wußte, wiederholte sich hier so genau, daß sie sich entsetzt fühlte. Die Pat., welche bis jetzt noch an chronischen Halluzinationen des Gehörs leidet, erzählt noch eine ganze Reihe anderer Halluzinationen als echte Wiedererlebnisse früherer Ereignisse.

Ein anderer Pat., Alkoholiker, an alkoholischer halluzinatorischer Psychose leidend, hat über seine Halluzinationen folgendes aufgezeichnet: „Eines Morgens, als ich zum Dienst in den Senat ging, kam auf mich eine Frau zu und bat um ein Almosen; ich hatte kein Geld bei mir und gab ihr nichts; als sie schon fort war, hörte ich bis zur Tür des Senatsgebäudes immer noch ganz klar und deutlich hinter mir die Stimme: ‚Herr Student, helfen Sie mir‘; ich fühlte sogar, wie sie mich mehrmals an der Schulter festzuhalten suchte und mit flehender Stimme um Hilfe bat.

Während des Dienstes im Senat war mir an diesem Tage nicht leichter, ich hörte immer noch die aufdringliche Stimme der Frau; besonders aber quälten mich die Leiden der vorigen Nacht. Wenn ich nun daran dachte, wie das Mädchen in der Nacht zu mir sagte: ‚Onkel, wollen wir ihn ermorden‘ (dies war eine Halluzination), dann hörte ich statt der Stimme der Frau sogleich diese Worte deutlich; oder wenn ich in Gedanken mich an irgendeine Phrase, so z. B. meiner in Tomsk lebenden Schwester erinnere, so höre ich diese sofort; jemand spricht den Satz in meiner Nähe genau in demselben Ton und mit derselben Stimme.“ In diesem Fall tritt die halluzinatorische Reproduktion der erlebten Ereignisse nicht minder scharf hervor, wie in dem vorstehenden Fall.

Ganz analoge „halluzinatorische Erinnerungen“ treten selbstverständlich auch in Form optischer Bilder auf. So erzählte mir ein Kranker, welcher an gewöhnlichen Halluzinationen litt, daß er weitab von der Stadt, in welcher er einmal in einem Restaurant mit Freunden gezecht hatte, eines Tages die ganze Einrichtung des Restaurants vor sich sah, wo er mit seinen Freunden an einem Tische saß, und unter diesen sah er auch sich selbst. Alles dies erschien ihm, wie der Kranke mitteilt, so, wie es in Wirklichkeit geschehen war.

Auch zu anderen Zeiten hatte dieser Mann optische Halluzinationen, wobei er das Gesehene und Erlebte genau reproduzierte.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein anderer Patient von mir, der an halluzinatorischem Irresein litt, erzählte mir, daß er nachts beim Erwachen die Gespräche seiner Umgebung, die er am Tage gehört, in allen Einzelheiten wieder vernimmt. Die Halluzination war in diesem Fall total objektiv, denn es schien dem Pat., als wenn jemand ihm von außen dieses Gespräch zuflüsterte.

Bei Epileptikern habe ich mehrfach bemerkt, daß Halluzinationen, welche wirklich stattgefundene Perzeptionen reproduzieren, einen bevorstehenden Anfall ankündigen. Der epileptische Anfall begann in diesen Fällen jedesmal mit einer mehrfachen halluzinatorischen Reproduktion eines früher stattgehabten Gehörseindruckes. Wenn Pat. den Anfall zu einer Zeit bekommt, wo das letzte ihm zu Ohren gekommene Wort in dem mit seiner Umgebung geführten Gespräch das Wort „Mensch" war, so reproduzierte er das Wort „Mensch" später halluzinatorisch viele Mal nacheinander, und diese Reproduktion dauerte so lange, bis er ganz das Bewußtsein verlor. In anderen Fällen tritt vor jedem Anfall eine und dieselbe stereotype Halluzination auf als Wiederholung einer stattgehabten Perzeption.

Bei einer 42 Jahre alten Frau waren zweimal Ohnmachtsanfälle aufgetreten. Andere Anzeichen von Epilepsie waren nicht vorhanden. Sie hat aber äußerst lebhafte Halluzinationen, welche auf folgende Weise auftreten. Die Pat. wird anfangs „nachdenklich" und sie bekommt Visionen, manchmal hört sie auch Stimmen. Sie sieht gelegentlich fremde Personen vor sich, die sie für wirklich vorhanden hält; sie ist darüber in höchstem Grade erschrocken, dann erwacht sie und alles ist vorüber; Pat. erinnert sich des Vorfalles, nur daß alles ihr wie im Traume vorkommt. Einmal hörte sie eine Stimme, welche ihr befahl, auf den Boden zu gehen; sie gehorchte und ging tatsächlich dahin, wo sie einen rothaarigen großen Kerl erblickte, welcher ihr einen Strick anbot. Sie erschrak darüber und erwachte. Auch werden frühere Erinnerungen von dieser Kranken halluzinatorisch wieder erlebt. Sie erlebte einmal den ganzen Hergang ihrer eigenen Geburt, d. h. sie sah vor sich im halluzinatorischen Bilde alle Personen, welche bei ihrer Geburt zugegen waren, ferner die ganze Umgebung usw.

Zu der gleichen Reihe von Erscheinungen gehören wohl auch jene Beobachtungen, wo die vor dem Epilepsieanfall auftretenden Halluzinationen als Reproduktionen von Träumen, welche der Kranke in der Nacht vorher gehabt hatte, sich darstellten. Solche Fälle gehören nach meinen Beobachtungen nicht zu den Seltenheiten. In einem meiner Fälle waren die Halluzinationen, welche stattgehabte Träume reproduzierten, äußerst lebhaft und kompliziert. Der Pat. sieht sich im Traum auf dem Felde bei der Aussaat von Korn, sieht Krähen das Korn aufpicken, hört ihr Gekrächze usw. Und dieser Traum wird am Tage darauf vollständig und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in allen Einzelheiten vor einem epileptischen Anfall halluzinatorisch reproduziert.

In einem anderen Fall handelte es sich um einen jungen Mann, welcher lange Zeit an Kopfschmerzen litt. Dazu kamen später Symptome von Neurasthenie; er fing an unruhig zu schlafen und viel zu träumen, ohne sich nach dem Erwachen des Inhaltes der Träume erinnern zu können. Am Tage bekommt er dann Kopfschmerzen und Halluzinationen, in welchen er die Traumbilder wiedererkennt. Diese Halluzinationen sind zusammenhangslos, sie bestehen aus Linien, Gesichtern u. dgl. Nach dem Erwachen kann er sich des Geträumten nicht erinnern, jetzt aber erkennt er mit einem Mal die Träume der vergangenen Nacht. Diese Erscheinungen bestehen schon ein ganzes Jahr. Objektiv sind dabei keinerlei wesentliche Störungen nachweisbar.

Ein anderer Pat. litt an einer organischen Gehirnkrankheit auf dem Boden von Lues. Es besteht Ptose des linken oberen Lides, welche periodisch zu und abnimmt, zuzeiten Doppelsehen und Einengung des Gesichtsfeldes. Pat. klagt über Kopfschmerzen oben und an der linken Schläfe, welche zuzeiten sehr heftig werden und einmal sogar zum Erbrechen führten.

Pat. erzählt, daß er nach Übergießungen in einer heißen Badestube in einen Zustand von Stumpfheit verfällt, wobei er alles wiedersieht, was er im Traum erlebte; er halluziniert dann im eigentlichen Sinne des Wortes. Er muß sich dann in jeder Weise zu schaffen machen, viel schwatzen usw., um Erleichterung zu finden und zu sich zu kommen. In den Visionen erkennt Pat. alles das, was ihm im Traume vorkam, nur erinnert er sich der Einzelheiten nur ganz unklar.

Es handelt sich also in diesen Fällen um eine unter pathologischen Verhältnissen erfolgende echte halluzinatorische Reproduktion von geistigen Bildern, welche als äußere Perzeptionen oder in Traumgestalt erlebt wurden.

Den Typus dieser pathologischen Erscheinung bildet, wenigstens soweit es sich um die halluzinatorische Reproduktion wirklicher Vorfälle handelt, meines Erachtens die Reproduktion einer wirklichen Perzeption im Traumbilde. Manche erleben ja das, was sie am Tage sahen und hörten, nachts während des Schlafes in Gestalt von Traumbildern.

In manchen Fällen ist diese Erscheinung auffallend lebhaft ausgesprochen. So z. B. in dem folgenden Fall. Pat., 38 a. n., verheiratete Frau, erblich unbelastet, hat fünf Kinder; bei der letzten Schwangerschaft bekam sie eine Parese beider rechten Extremitäten, welche mit der Zeit noch etwas stärker wurde. Die objektive Untersuchung ergab außer der Parese der rechten Extremitäten noch eine leichte Parese des rechten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fazialis und eine geringe Rechtsablenkung der Zunge. Die Sehnenreflexe sind rechts äußerst hochgradig gesteigert.

Schon seit früher Kindheit hat Pat. die Eigentümlichkeit, daß sie alles, was sie am Tage interessiert hat, im Traume genau wiedererlebt. War sie z. B. in der Oper, so erlebte sie jedesmal im Traume die ganze Oper von Anfang bis zu Ende in genauer Folgerichtigkeit mit allen handelnden Personen. Das ist bei ihr eine so gewöhnliche Erscheinung, daß ihr Mann scherzend bemerkt, es sei für sie der Theaterbesuch sehr vorteilhaft, da sie jede Oper für dasselbe Geld zweimal zu hören bekommt. Alles, was am Tage die Pat. mehr interessiert oder aufregt, erlebt sie unweigerlich nochmals im Schlafe. Sie schläft in solchen Fällen meist unruhig und erwacht dabei öfters, sie kann dann das Gesehene genau in allen Einzelheiten erzählen. Im übrigen ist der Schlaf völlig normal. Pat. ist überaus leicht erregbar; wenn sie aus dem Theater kommt, ist sie mit den empfangenen Eindrücken so beschäftigt, daß jede Ablenkung sie stört.

Dieser Fall ist ein Beispiel einer ganz ungewöhnlich klaren Wiederbelebung wirklicher Ereignisse im Traume. Aber weniger ausgeprägte Fälle dieser Art sind bekanntlich nicht zu selten. Es besteht hier jedenfalls eine gewisse Analogie mit der halluzinatorischen Wiederbelebung wirklicher und erträumter Vorgänge. Die Analogie ist um so größer, als der Zustand der Halluzination im einzelnen (wie z. B. bei dem letzten vorhin geschilderten Falle) begleitet war von Trübung und Stumpfheit mit Amnesieerscheinungen.

Bei der Epilepsie erfolgte die halluzinatorische Reproduktion der Eindrücke in meinen Fällen häufig als Aura, also schon im Beginn des Anfalles. Auch hier hat die halluzinatorische Reproduktion Analogie mit Traumzuständen bzw. Wiedererleben der Wirklichkeit im Traume.

Auch im Laufe der großen Hysterie bilden bekanntlich früher erlebte Ereignisse nicht selten den Inhalt der Halluzinationen.

Aus den angeführten Beispielen wird klar, daß die „halluzinatorischen Erinnerungen“ bei verschiedenen psychischen Störungen beobachtet werden können, so z. B. bei der Hysterie, Epilepsie, beim chronischen Alkoholismus, beim halluzinatorischen Irresein und selbst im Verlaufe organischer Gehirnleiden.

Dieses halluzinatorische Wiedererleben vergangener Geschehnisse hat entschieden einige Bedeutung für die Pathogenese der Halluzinationen. Dieser Umstand fordert zum Studium der Erscheinung auf.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zur pathographischen Diagnose über C. F. Meyer.

Von **Dr. Willy Hellpach.**

Im zweiten Märzheft dieser Zeitschrift findet sich eine Rezension von Dr. Lange (Tübingen) über die Sadger'sche Meyer-Pathographie und eine eigene pathographische Skizze Lange's über C. F. Meyer. Lange kommt zu dem Ergebnis, daß Meyer manisch-depressiv gewesen sei, und er beschäftigt sich mit den Diagnosen, die vor ihm gestellt worden sind. Es seien derer, sagt er, drei: die von Heß, Möbius und Sadger.

Ich darf vielleicht ergänzend hinzufügen, daß ich selber in meiner am 7. August 1908 erschienenen ausführlichen Besprechung von Sadger's Schrift („Psychologische Rundschau" des „Tag", Nr. 275) am Schlusse den Versuch gemacht habe, der Diagnose Sadger's eine eigene gegenüberzustellen, und daß ich zu dem Ergebnis: höchstwahrscheinlich manisch-depressiver Seelenzustand gelangte. Es sei mir gestattet, den fraglichen Passus hier ausführlich zu zitieren:

„Wie steht es mit Meyer's Krankheit in Wirklichkeit? Als ich so Sadger's Schrift überlas, wurde mir die Diagnose von Möbius (Dementia praecox) doch zweifelhaft. Ich empfing viel öfter den Eindruck der zyklopathischen, der manisch-depressiven Persönlichkeit. In der Kindheit Ängstigungen und Verstimmung, mit 27 Jahren eine schwere Depression, nachdem Lebensüberdruß und Menschenscheu schon vorher sich geäußert haben, dann Unstetheit, Unruhe, Planlosigkeit, endlich, beim Nahen des „Klimakteriums", der Umschwung. Meyer wird heiter, gesprächig, schöpferisch. Die Hemmung ist von ihm genommen, ja er wird „übergesprächig". Mit 63 Jahren kommt die Arteriosklerose in der atypischen Form, wie sie bei Zyklopathen besonders auftritt . . . und damit leitet sich die neue Depression ein, die dann, mit senilen Zügen gemischt, den Dichter nochmals in die Irrenanstalt führt und bis zum Tode nicht wieder ganz gewichen ist."

Allerdings setzte ich hinzu:

„Freilich, im einzelnen bleiben Fragezeichen, und manches scheint wieder ganz und gar auf Jugendirresein zu verweisen. Vielleicht ist eine klinische Diagnose überhaupt unmöglich und handelt es sich um eine jener psychopathischen Persönlichkeiten, in denen die Züge aller möglichen Psychosen sich mischen (zyklische, paranoische, katatonische, hysterische). Eine Entscheidung ist nicht zu erwarten, ehe nicht der ganze Stoff eine erneute gründliche Durcharbeitung erfahren hat."

Es ist mir eine wertvolle Bestätigung, daß nun auch Lange unabhängig von meiner Vermutung die Diagnose „manisch-depressiv" stellt. Allerdings werden wir wohl, im Sinne meiner obigen Schlußsätze, festzustellen haben, daß es sich nicht um „klassische", sondern um eine jener mehr verwaschenen Zyklopathien handelt, deren Garnierung mit anderspsychotischen Arabesken neuerdings mehr und mehr zur Beobachtung und Analyse gelangt. Die klinischen Beobachtungen der jüngeren Kraepelin-Schule scheinen ja immer mehr zu zwei Auffassungen zu führen, die ich vor sieben Jahren meinen Studien über „Nervosität und Kultur" zugrunde legte und die sich mir seither in jahrelanger Beobachtung namentlich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gebildeter Psychopathen immer eindringlicher bestätigt haben: 1. die Zyklothymie ist eine ungeheuer verbreitete Reaktionsform auf die Erlebnisse, an sich nicht einmal „krankhaft" zu nennen („zyklisches Temperament" nannte ich es seinerzeit); 2. sie gehört in weitem Umfange mit zur „reaktiven Abnormität", d. h. was aus ihr wird und wie sehr pathologisch sie wird, hängt sehr stark von den Erlebnissen (vom „Milieu") ab (statt „reaktive Abnormität" sagen die jüngeren Kraepelin-Schüler „abnorme Reaktion", was ja das gleiche bedeutet). Ich möchte nebenher betonen, daß die Reaktivität durchaus nicht der Intensität proportional ist; es gibt sehr leichte Zykliker mit großer „Spontaneität" ihrer Perioden, d. h. Unbeeinflußbarkeit durch Erlebnisse, und recht schwere mit großer Beeinflußbarkeit.

Diesen Wandel in den Auffassungen halte ich für sehr bedeutungsvoll im Hinblick auf die pathographische, überhaupt alle „sozialpathologische", „kulturpathologische" u. dgl. Arbeit. Deren Voraussetzung ist eben das Verständnis für die reaktiven Abnormitäten; für die Modellierung des Pathologischen durch die Umwelt. Ich werde nächstens an anderer Stelle (in der „Zeitschrift für angewandte Psychologie") in einem umfassenden Referat über die Sozialpathologie auf diese Zusammenhänge ausführlich zurückkommen. Speziell für die Pathographie ergibt sich daraus die gegenüber den Möbius'schen Arbeiten ein wenig variierte Aufgabe: nicht so sehr die „Diagnose" zu suchen (oder doch nur als Mittel zum Zweck), als die im einzelnen vor sich gegangene Wechselwirkung zwischen Umwelt und pathologischer Innenwelt sorgfältig zu analysieren. Gruhle hat mit seiner Kritik der Pathographie (vgl. die Scheffel-Pathographie von Möbius) so weit recht, als eine sichere Diagnosenermittlung nur aus den „Dokumenten" (Briefen, Werken u. dgl.) namentlich bei leichteren psychischen Krankheitszuständen meist unmöglich sein dürfte. Aber 1. was heißt denn selbst am Krankenbett „sichere" Diagnose, und 2. die relevante Aufgabe der Pathographie, sofern diese mehr als eine Spielerei sein will, besteht nicht in der Diagnose, sondern in der Vertiefung des Verständnisses eines schöpferischen Menschen und seiner Leistungen durch die psychopathologische Analyse. Eine solche aber ist (warum denn nicht?) möglich, ist auch ein Stück wissenschaftlicher Arbeit, und hat prinzipiell keine andere Begrenztheit als alle „Biographie" überhaupt, ja als alle geisteswissenschaftliche — ja als alle im weitesten Sinne „historische", auch die naturhistorische (z. B. paläontologische, phylogenetische, kosmogonische, geogonische usw.) Arbeit. Die „Exaktheit", die der Mechanik eignet, ist nicht bloß ein Grad „Wissenschaftlichkeit", die die anderen Forschungsweisen wohl niemals erreichen werden, und nicht bloß einer, den sie nicht erreichen können, sondern ist eine Art Wissenschaftlichkeit, die sie niemals anstreben dürfen, weil sie damit sich selber aufgeben würden. Die mathematische Sicherheit zum Wertmesser der Wissenschaftlichkeit machen, über diesen Kant-Irrtum sind wir doch heute hinaus. Und zwischen der Sicherheit, die uns etwa die psychiatrische Klinik von heute bietet, und der, die wir bei pathographischer Arbeit erzielen können, ist wirklich nur ein Stufenunterschied, und mir scheint nicht einmal ein sehr großer.

Auch bei einer Meyer-Pathographie würde es also nicht so sehr darauf ankommen, über den Namen der Diagnose zu streiten, als auf die psychopathologische Analyse der einzelnen Lebensmomente, namentlich der schöpferischen. Insofern wäre Sadger's Arbeitsweise ganz annehmbar, wenn sie nur nicht eben in der Art, wie sie sich der richtig gedachten Aufgabe entledigt, das Urteil

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nur zu wohl verdiente, das Lange ebenso hart wie ich seinerzeit über sie fällt. Die Arbeit müßte noch einmal von jemandem getan werden, der die Materie genau kennt (ich kenne sie nur sehr obenhin) und nicht in den Dogmen befangen ist, an die Sadger glaubt. Ob sie sich freilich lohnt, ist eine Frage für sich. Das Schöpferische und das Pathologische können in der einen Persönlichkeit sehr eng beieinander wohnen und sich durchflechten, und in der anderen recht wenig Berührung miteinander zeigen. Ich habe den „Eindruck" (mehr kann ich mir nicht anmaßen), als gelte für den Fall C. F. Meyer das zweite, als sei der depressive Zustand mehr nur eine Hemmung des Schöpferischen gewesen, das dann, mit dem Wegfall dieses Druckes, ziemlich unberührt vom Pathologischen sich seinen Weg suchte. Aber ich kann mich darin täuschen; das kann nur die Kleinarbeit erweisen. (Im Gegensatz zum Fall Meyer wären etwa bei Goethe, wenn die Hypothese von Möbius über die siebenjährigen Perioden zuträfe, Schöpferisches und Hypomanisches sehr eng verflochten.) Der Möglichkeit, seine Arbeit umsonst getan zu haben, d. h. mit dem Ergebnis, daß das Psychopathische für das Verständnis der eigentlichen wertvollen Lebensarbeit eines Menschen ohne rechten Belang sei, wird der Pathograph immer ausgesetzt sein. Aber dieses Geschick teilt er schließlich mit jedem Forscher, und der gelungene Nachweis, daß etwas nicht so sei, wie man es sich gedacht hat, ist unter Umständen einem „positiven" Resultat an Wichtigkeit mindestens ebenbürdig.

Den Stand des Falles C. F. Meyer können wir also so bezeichnen: Es scheint sicher, daß Meyer Zyklopath war, und im Anfang des Lebens bis zur Höhe vorwiegender depressiver, dann eine Zeitlang normaler oder selbst manischer, endlich wieder depressiver Gemütsfärbung. Jetzt heißt die Frage: Welche Bedeutung haben diese Zustände für sein Lebenswerk gewonnen? Vielleicht macht sich Lange an die Arbeit, uns diese Frage zu beantworten. Ich füge hinzu, daß mir die Nachprüfung der Frage auch für die von Möbius klassisch pathographierten Fälle, also Rousseau, Schopenhauer, Nietzsche, durchaus notwendig erscheint. Es sind so viele Kräfte an der Arbeit, die Pathographie in Verruf zu bringen (wie auch Lange richtig bemerkt), daß diejenigen, die ihre wirkliche Bedeutung kennen, allen Anlaß haben, an der gesunden Fortbildung dieses Forschungszweiges mitzuhelfen. Einer der besten, van Vleuten, scheint leider dieses Kampffeld verlassen zu haben, um andere (poetische) Lorbeeren zu pflücken. Auf der anderen Seite aber bilden die Ostwald'schen Arbeiten, so sehr sie der kritischen Sichtung gerade von psychologischer und psychopathologischer Seite bedürftig sind, einen wertvollen Zuwachs zu den ernsthaften pathographischen Bemühungen. Die Pathographie ist wirklich das eigentlich klassische Vermächtnis, das Möbius hinterlassen hat, aber wir ehren es nicht, indem wir es in den Reliquienschrank stellen und bestaunen, sondern indem wir an der Weiterentwicklung der Idee, die sich darin verkörpert, mitarbeiten. Eine bessere Zeit, als die, in der auch die klinische Psychopathologie sich zur Würdigung des „Reaktiven" im Pathologischen durcharbeitet, kann es ja dafür gar nicht geben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dementia praecox und Wahnpsychosen der Degenerativen.

Von **Dr. Karl Birnbaum,** Buch-Berlin.

Prof. Bleuler hat in dieser Zeitschrift[1]) meine Arbeit: „Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen", einer kritischen Besprechung unterzogen. Sie lief im wesentlichen darauf hinaus, daß die von mir als degenerative Wahnpsychosen geschilderten Fälle und als charakteristisch für diese herausgehobenen Züge einfach der Dementia praecox zuzurechnen seien. Nun sind aber degenerative Wahnpsychosen und Dem. praec. ihrem Wesen wie ihren Erscheinungen nach völlig verschieden. Der Vergleich lehrt es. Voraussetzung ist dabei nun freilich, daß man dem die Dem. praec. Kraepelin's, nicht die mancher „Kraepelianer" zugrunde legt.

Für die Entstehung der degenerativen Wahnpsychosen sind äußere, affektiv wirksame Geschehnisse ausschlaggebend[2]). Die überraschende Plötzlichkeit und Schnelligkeit, mit der einzelne gefühlsbetonte Erlebnisse (z. B. die Verhaftung) in zahlreichen Fällen diese Zustände auslösen, läßt daran gar keinen Zweifel zu. Mag auch bei der Dem. praec. des öfteren der Beginn in unmittelbarem Anschluß an erregende Ereignisse der erwähnten Art fallen — und bei der ungemeinen Häufigkeit der Erkrankung ist das nicht zu verwundern —, ein unabweisbarer innerer Zusammenhang läßt sich jedenfalls nicht feststellen, und in den meisten Fällen besteht auch nicht einmal eine solche äußerliche Beziehung. Und es ist recht bezeichnend, daß in der Untersuchungshaft, die ja vorwiegend durch die mit ihr verbundenen psychischen Erschütterungen wirksam ist, so viele Degenerative akut erkranken, während die Zahl der in Untersuchungshaft wirklich erst erkrankten Dem. praec. (also nicht etwa der dort erst als geisteskrank erkannten) relativ gering ist. Wo dagegen, wie bei langdauernder Strafhaft, zugleich auch mannigfache andere Schädlichkeiten am Werke sind, da bleiben auch die Erkrankungen an Dem. praec. durchaus nicht mehr so hinter den degenerativen zurück. — Außerdem bricht häufig die degenerative Psychose auf einmalige äußere Anstöße mit einem Schlage los und setzt gleich mit einem vollentwickelten Krankheitsbilde umfassender Wahnbildung ein. Das gehört bei der Dem. praec. doch zu den Seltenheiten, schleichender Beginn dagegen ist die Regel.

Die gleiche Abhängigkeit von seelisch erregenden äußeren Faktoren zeigt sich auch am Verlauf der degenerativen Prozesse. Der Zusammenhang ist dabei so ausgeprägt und einwandsfrei, daß die Verlaufsform des Einzelfalles überhaupt nur aus ihm heraus verständlich wird.

Ungünstige äußere Verhältnisse bewirken Anstieg und Verharren, günstige Nachlaß und Abfall der Krankheitserscheinungen (Wahnpsychosen in der Haft

[1]) Bleuler, Wahnhafte Einbildungen der Degenerierten. Dieses Zentralblatt, 1. Februarheft 1909.

[2]) Unter den seelisch erschütternden Ereignissen und Situationen steht wegen ihrer Häufigkeit und Wichtigkeit an erster Stelle die Haft. Ihr sollen daher auch hier die Beispiele entnommen werden. Selbstverständlich wirken aber andere psychisch erregende Verhältnisse des alltäglichen Lebens, wofür ich Fälle angeführt habe, in gleichem Sinne, wenn auch meist nicht in dieser Stärke und Dauer.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— relative Gesundheit im freien Leben oder in der Irrenanstalt). Das ist die Regel bei den degenerativen Psychosen, nicht aber bei der Dem. praec. Und ein solch weitgehender Parallelismus, der, mit tiefen Einschnitten einhergehend, über Jahre hinweg in gleicher Weise bei manchen Degenerierten sich verfolgen läßt und seinen charakteristischen objektiven Ausdruck in dem Hin und Her zwischen Straf- und Irrenanstalt findet, muß für die Dem. praec. in Abrede gestellt werden. Denn mag man auch ohne weiteres zugestehen, daß sich auch bei ihr Verschlimmerungen oder Besserungen mit veränderter Umgebung einstellen können, häufig genug gehen auf der einen Seite solche Einflüsse spurlos vorüber, treten auf der anderen Krankheitsänderungen auch ohne äußere Einwirkungen ein, und so sehen wir ausgesprochene Remissionen im gleichen Milieu, unaufhaltsame Progression auch nach Überführung in eine günstige Umgebung (wie z. B. aus der Haft in die Anstalt). Bei der Dem. praec. entsteht und läuft eben die Krankheit im wesentlichen nach Gesetzmäßigkeiten ab, die überhaupt nicht auf psychischem Gebiete liegen, sondern in der Eigenart der ihr zugrunde liegenden uns unbekannten organischen Vorgänge begründet sind, bei jenen degenerativen Prozessen dagegen sehr häufig in unmittelbarer Abhängigkeit von nachweisbaren äußeren Einflüssen.

Ähnliche Beziehungen, wenn auch mehr nebensächlicher Natur, lassen sich auch am Symptomenbilde nachweisen. So besteht des öfteren ein inhaltlicher Zusammenhang zwischen den degenerativen Wahngebilden und den durch das Erlebnis, die Situation hervorgerufenen Gefühlen und affektbetonten Vorstellungen. Es finden sich etwa durch die Sachlage angeregte, mehr oder weniger naheliegende Wünsche, Hoffnungen u. dgl. (in der Haft z. B. von Unschuld, Straferlaß, aber ebensogut auch außerhalb der Haft andere aus dem angeschlagenen Gedankenkreise erklärliche) in wahnhaften Einbildungen entsprechenden Inhalts wieder, und auch die Ausprägung der Krankheitserscheinungen, ihr stärkeres Hervor- und Zurücktreten und die wechselnde Stellungnahme der Person zu ihren wahnhaften Ideen hängt vielfach gleichfalls von der affektiven Wirksamkeit der Situation (etwa des Termins, der Vernehmung) und den durch sie wachgerufenen Vorstellungen (Wünschen, Absichten) ab. Eine solche spezielle Beziehung zu Situationseinflüssen von affektiver Wertigkeit existiert bei der Dem. praec. kaum in einer ganz geringen Zahl der Fälle, und daran ändert auch die Tatsache nichts, daß man mit Hilfe symbolischer Deutungen u. dgl. eine solche herzustellen sich bemüht. — Daß alle mit Wahnbildung einhergehenden Psychosen, also auch die Dem. praec., ihren Wahninhalt der Außenwelt im allgemeinen und oft genug der jeweiligen Umwelt im speziellen entnehmen, ist selbstverständlich, aber etwas ganz anderes. Im übrigen lassen die verworrenen Wahnideen der Dem. praec. vielfach selbst nicht einmal diese grobe inhaltliche Beziehung zum Milieu herauserkennen.

Es bestimmen also bei den degenerativen Wahnpsychosen — und nicht nur bei diesen, sondern auch bei anderen hierhergehörigen degenerativen Krankheitsformen — außerhalb der eigentlichen Erkrankung liegende Faktoren in entscheidendem Maße das Krankheitsbild: Psychisch erregende äußere Einflüsse wirken anstoßgebend auf die Entstehung, formgebend auf den Verlauf, manchmal auch inhaltgebend auf die Symptome. Wo diese Gesetzmäßigkeit sich findet — und sie läßt sich ohne Schwierigkeit in praxi am speziellen Krankheitsbilde nach-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weisen —, da spricht sie gegen Dem. praec. und für degenerative Psychose[1]). Damit ist Bleuler's Frage beantwortet, warum und wie diese Zustände von der Dem. praec. abgetrennt werden. Diese Antwort findet sich aber auch schon in meiner Arbeit, und der Bleuler'sche Vorwurf, ich sei sie schuldig geblieben, trifft nicht zu.

Mit diesen Hauptzügen degenerativer Krankheitsvorgänge ist nun auch ihre klinische Stellung gezeichnet. Die psychogene Entstehung und Gestaltung von Krankheitserscheinungen ist gewiß etwas Altbekanntes, für die meisten allerdings wohl nicht, wie für Bleuler, bei der Dem. praec., als vielmehr bei der Hysterie.

Und damit komme ich zu dem wesentlichsten Punkte meiner Arbeit, den engen Beziehungen zur Hysterie (resp. zu den psychogenen Psychosen), auf die ich allenthalben, und schließlich noch zusammenfassend auf vollen 17 Seiten, hingewiesen habe. Bleuler hat diese für die Beurteilung der klinischen Brauchbarkeit meines Buches entscheidenden Darlegungen nicht erwähnt.

Nur kurz will ich zur Kennzeichnung der engen klinischen Zusammengehörigkeit beider Formen nochmals anführen, daß sich bei typisch Hysterischen auf gleiche Anlässe hin den rein degenerativen analoge Wahnpsychosen einstellen, daß umgekehrt bei Degenerativen typisch hysterische Psychosen (insbesondere charakteristische Bewußtseinsstörungen) auftreten; daß schließlich fließende Übergänge zwischen protrahierten hysterischen Dämmerzuständen mit Wahnideen und degenerativen Wahnpsychosen mit mehr oder weniger weitgehenden assoziativen und Orientierungsstörungen bestehen[2]). Näher will ich nur, weil von Bleuler selbst aufgegriffen, auf jene die Wahnphase einleitenden Bewußtseinsstörungen eingehen, die ich für wichtig und häufig genug hielt, um sie gegenüber der Diagnose Dem. praec. ins Feld zu führen. Und wenn Bleuler sagt, daß Dämmerzustände ein alltägliches Symptom bei von außen bedingten Erregungen dieser Krankheit wären, so muß ich dem entgegenhalten, daß uns zahlreiche einwandsfreie Fälle von Dem. praec. begegnet sind, die aus der Haft kamen und, wiewohl also den günstigsten Bedingungen für das Auftreten jener Erregungen unterworfen, doch keine Spur einer Bewußtseinsstörung aufwiesen. Aber wären sie selbst etwas Alltägliches bei der Dem. praec., so würde dies doch nichts daran ändern, daß es sich bei den initialen Bewußtseinsstörungen der degenerativen Wahnpsychosen um ganz bestimmte, wohl gezeichnete, typisch hysterische Zustände handelt, die mit Ganser-Stuporsymptomen, phantastischer Situations- und Persönlichkeitsverfälschung einhergehen. Solche Dinge

[1]) Dieser typische Unterschied tritt sogar da zutage, wo man es gar nicht vermuten sollte: bei den für simuliert gehaltenen Fällen. Die Bilder von Dem. praec., die so gedeutet werden, weichen durchaus nicht wesentlich von denen außerhalb der Untersuchungshaft ab, und lediglich an der mangelhaften Erfahrung des Beobachters liegt es, wenn ihm gewisse Züge (etwa das Mißverhältnis zwischen Inhalt und Gefühlsbetonung der Wahnideen) als vorgetäuscht imponieren. Die charakteristischen degenerativen Krankheitszustände der Untersuchungshaft dagegen sehen vielfach wirklich wie bewußt durchgeführte Simulation aus, weil eben in dieser Situation die gleichen Affekte, Wünsche und Absichten das Krankheitsbild bestimmen, wie sie beim Normalen als Motive für zielbewußte Simulation zur Geltung kommen. (Vgl. meinen Vortrag: „Simulation und vorübergehende Krankheitszustände auf degenerativem Boden." Ärztl. Sachverst.-Zeit. 1909, Nr. 3.)

[2]) Vgl. den Fall in meinem Aufsatz: Zur Lehre von den degenerativen Wahnbildungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1909, Heft 1.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kommen nach unserer Erfahrung bei der Dem. praec. nicht vor und lassen sich von den bekannten Symptomenbildern der Dem. praec., mit denen sie manchmal eine grobe Ähnlichkeit haben mögen, wohl immer unterscheiden.

Und so gut wie die Wahnpsychosen stimmen auch die wahnhaften Ideen auf hysterischem und degenerativem Boden dem Wesen nach überein. Der Mechanismus ihrer Entstehung (autosuggestiv bedingte Realisierung erdachter bei Unterdrückung von Wirklichkeitsvorstellungen), wie er auch für die wahnhaften Einbildungen der mit der Hysterie nahe verwandten pathologischen Schwindler gilt, ist bei der Dem. praec. nicht der übliche.

Naturgemäß liegen nun auch die gleichen Weseneigentümlichkeiten diesen degenerativen und hysterischen resp. psychogenen Krankheitsformen zugrunde, die Labilität des psychischen Gleichgewichts, Unbeständigkeit der seelischen Elemente, leichte Dissoziierbarkeit ihrer Verknüpfungen, mangelnde Einheitlichkeit der Bewußtseinsinhalte. Und wenn Bleuler speziell die den degenerativen Formen eigene „Lockerung des Zusammenhanges der Ideen, die auch die Persönlichkeit noch mit betrifft", als alte Bekannte von der Dem. praec. her begrüßt, so wird er doch zugeben müssen, daß es sich dabei trotz gleichartiger Bezeichnung um verschieden geartete und bedingte Erscheinungen handelt. Der Grundcharakter der Psychosen ist eben ein total andersartiger. Bei den degenerativen (hysterischen, psychogenen) handelt es sich um Zustände labiler Gleichgewichtslage, wie sie entweder infolge pathologischer Veranlagung dauernd bestehen oder vorübergehend durch eine temporär gegebene Disposition bedingt sind. Sie erleiden auf psychische Anstöße hin leicht eine Störung durch Dissoziation der nur locker verknüpften Elemente, können aber nach dieser Schwankung stets wieder in die alte Gleichgewichtsverfassung zurückkehren. Bei der Dem. praec. dagegen handelt es sich um psychotische Erscheinungen, denen, soweit wir übersehen können, tiefgehende Prozesse oft irreparabler Natur zugrunde liegen, welche durch organische, toxische Einflüsse (Stoffwechselstörungen od. dgl.) herbeigeführt sind.

Die enge Beziehung zu den hysterischen resp. psychogenen Krankheitsformen bestimmt also die klinische Stellung der degenerativen Prozesse. In diesem von Bleuler vermißten „systematischen Knochengerüst" und nicht in beliebigen symptomatischen Einzelzügen liegt der Gegensatz zur Dem. praec.

Anschließend sei noch einiger spezieller Punkte gedacht, die Bleuler herausgehoben hat. Die Kriterien, nach denen die Fälle im voraus von der Dem. praec. getrennt werden können und bei meiner Arbeit getrennt wurden, ergeben sich ohne weiteres aus dieser systematischen Aufstellung. Der häufige Beginn mit „hysterischen" Bewußtseinsstörungen, die Entstehung und Beeinflussung der Krankheitserscheinungen durch affektiv wirksame Geschehnisse lassen die Diagnose „degenerative Psychose" fast stets bereits am Anfang (wie überhaupt in jedem Krankheitsstadium) stellen, ohne daß je der Ausgang und insbesondere etwaiges Ausbleiben einer charakteristischen Demenz abgewartet zu werden braucht.

Diagnostische Schwierigkeiten können natürlich vorkommen, besonders dann, wenn diese degenerativen Psychosen sich, wie so häufig, mit angeborenem Schwachsinn kombinieren, der ja dem gleichen Boden entstammt. Die nachträglich festgestellte psychische Defektuosität kann dann leicht eine durch die episodische Erkrankung herbeigeführte Demenz vortäuschen.

Im übrigen muß auf Grund unserer Erfahrung betont werden, daß ein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Defektzustand nach Art der Ausgangsbilder der Dem. praec. sich nie einstellt, und damit erledigt sich die Beantwortung der Bleuler'schen Frage, ob nicht „eine entsprechende Anzahl" (nämlich ein Drittel) der Fälle mit den Jahren doch noch eine deutliche Demenz bekommen haben. Im Gegenteil, während von den aus der Haft kommenden einwandsfreien Fällen von Dem. praec., d. h. natürlich von solchen, die von vornherein wegen charakteristischer Symptome (katatonischer u. dgl.) als solche diagnostiziert wurden, die meisten in überraschend kurzer Zeit verblödeten oder wenigstens die bekannte typische Verödung des seelischen Lebens erlitten, behielten diese Degenerativen selbst nach jahrelanger Dauer der Wahnpsychose und über Jahre sich hinziehenden psychotischen Schüben ihre geistige Regsamkeit, gemütliche Ansprechbarkeit und Initiative bei, natürlich soweit sie ihnen vor der Erkrankung überhaupt zu eigen waren. So erklärt sich auch unsere mit der anderer Autoren übereinstimmende Erfahrung, daß zwar ein großer Teil der in Haft erkrankten Degenerativen über kurz oder lang als gebessert resp. geheilt wieder aus der Anstalt ins Gefängnis zurückgeschickt werden konnten, die Dem. praec.-Fälle dagegen meist als dauernd anstaltspflegebedürftig in der Anstalt verbleiben mußten.

Daß die häufigen degenerativen Nebenzüge, das Hetzen, Querulieren, Komplottieren u. dgl., auch bei Dem. praec.-Fällen vorkommen, zumal wenn diese aus der Haft kommen, gebe ich zu, immerhin muß ich auch hier wieder betonen, worauf es mir ankam, daß bei ihnen diese Züge wohl kaum je in solcher Intensität, in solcher Dauer und solchem Umfange zur Ausprägung gelangen, wie bei vielen Degenerierten, die vorwiegend wegen dieser Eigenschaften besondere Anstaltseinrichtungen, „feste Häuser", notwendig machen. Die kriminellen und der Haft entstammenden Dem. praec.-Fälle heben sich eben überhaupt nicht wesentlich von den im freien Leben erkrankten ab und lassen sich daher auch ohne Schwierigkeiten mit diesen im üblichen Anstaltsbetrieb durchbringen. Und das Bild, das diese bieten, weicht nun so sehr von dem Bilde ab, welches die degenerativen Insassen der festen Häuser zeigen, daß man bei der Differenzierung beinahe von jenen diagnostisch einwandsfreien Krankheitszügen absehen kann, welche die Dem. praec.-Fälle der Haft so gut wie die des freien Lebens aufweisen: Manieren, Stereotypien, Sprachneubildungen u. dgl.

Es ist also durchaus nicht, wie Bleuler erklärt, die Konstanz der Erhaltung der Intelligenz das einzige Kriterium, welches sich für die klinische Zusammenstellung dieser Fälle auffinden läßt, und ebensowenig hat eine Auslese nach rein äußerlichen Gesichtspunkten, eine solche von Sträflingen, stattgefunden (viele kamen aus der Untersuchungshaft, einzelne waren überhaupt nicht in ein Strafverfahren verwickelt). Und auch dem von Bleuler außerdem hervorgehobenen „einzigen Wahrscheinlichkeitsgrund" für meine Auffassung, daß fast alle Erkrankungen in die Jugend zurückgingen, kann ich keine entscheidende Bedeutung beilegen. Denn solche Erkrankungen konstitutionell-psychopathischer Personen, welche der Dem. praec. entsprechen — und diese sind ja durchaus nicht selten —, gehören zur Dementia praecox und rechnen auch wir selbstverständlich dazu. Da aber meine Fälle in jenen wesentlichen Eigenschaften, aus denen echte Krankheitstypen gebildet werden, in Entstehung, Verlauf und Ausgang sich übereinstimmend von anderen typischen Psychosen, also auch von der Dem. praec., abhoben, erschien es berechtigt, sie gleichfalls als zusammengehörige echte Krankheitstypen herauszuheben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Paranoia oder manisch-depressives Irresein?

Von **Dr. Ennen,**
Oberarzt an der Rheinischen Provinzial-Heil- und -Pflegeanstalt Merzig.

Im folgenden möchte ich kurz über einen Fall berichten, der mir geeignet scheint, als Beispiel für die von Specht in seinem Artikel über die klinische Kardinalfrage der Paranoia (Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1908, Heft 22) vertretenen Anschauungen zu dienen.

Frau R. aus D., geb. den 10. I. 1856, war im Sommer 1905 einige Monate wegen eines Depressionszustandes in hiesiger Anstalt. Der Krankheitsverlauf bot nichts Außergewöhnliches und Frau R. konnte nach einigen Monaten als gebessert entlassen werden. — Im Februar 1907 wurde ich als Sachverständiger zu einem Termin im Entmündigungsverfahren gegen Frau R. in ihrer Wohnung in D. zugezogen. Wie ich aus den Akten sah, hatte Frau R. seit längerer Zeit verschiedene Behörden mit zahlreichen Schreiben in querulierender Weise belästigt. Sie führte mehrere Prozesse, behauptete, sie sei darin benachteiligt und ungerecht behandelt worden, sie glaubte sich von Behörden und Privatpersonen in ihren Rechten beeinträchtigt und suchte dies in zahlreichen, seitenlangen Schriftstücken zu beweisen. Weil sie glaubte, in der Schule würden ihre Kinder schlechter behandelt als andere, weigerte sie sich, dem Lehrer das ihm zustehende Honorar für Nachhilfestunden bei ihrem Sohn zu zahlen usw. Dabei war sie sehr mißtrauisch, fing wegen jeder Kleinigkeit Streitigkeiten und Klagen an.

Im Termin war sie sehr selbstbewußt, etwas exaltiert; sie habe Recht, die anderen Unrecht, sie lasse sich ihr Recht nicht nehmen. Ihre Ausführungen deckten sich mit den in den Akten erwähnten; sie war überzeugt, daß sie in ihrem Recht verkürzt worden sei; erging sich in pathetischen Reden über die Ungerechtigkeit der Richter usw. — Sie gab zu, daß sie im Jahre 1905 während ihres Anstaltsaufenthaltes krank gewesen sei; im Winter 1906 habe sie wieder einen solchen Anfall gehabt; dagegen war sie für ihren jetzigen Zustand vollkommen uneinsichtig und unbelehrbar.

Bei der Diagnose geriet ich nun einigermaßen in Verlegenheit. Ich hatte geglaubt, die Kranke in einer maniakalischen Erregung zu finden, sah aber ein Krankheitsbild, das weit mehr dem Querulantenwahn entsprach. Trotzdem konnte ich mich nicht zu letzterem entschließen, sondern nahm, besonders mit Rücksicht auf die beiden vorhergegangenen Depressionszustände, manisch-depressives Irresein — mit einer manischen Erregung allerdings von etwas eigentümlicher Natur — an, obwohl mir die Diagnose nicht so ganz sicher und einwandfrei erschien.

In den Ausführungen von Specht glaube ich nun wohl eine Bestätigung meiner Diagnose erblicken zu dürfen; andererseits spricht aber auch dieser Fall für die von Specht vertretene Anschauung. Selbstverständlich will ich damit nicht sagen, daß mit diesem einen Fall schon etwas bewiesen sei.

Die Ausführungen von Specht scheinen mir auch weiterhin für eine Reihe von Fällen, bei denen sich bei der Diagnose Unstimmigkeiten ergeben, von Bedeutung zu sein. Bei manchen Fällen von unzweifelhaft manisch-depressivem Irresein treten Wahnideen und auch wohl Sinnestäuschungen dermaßen in den Vordergrund, daß man ohne Kenntnis der Anamnese und ohne genaue Untersuchung die Diagnose Paranoia stellen würde. Das geschieht aber auch tat-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sächlich häufig genug und ich kann mich recht wohl an verschiedene derartige Fälle erinnern, die als Paranoia geführt wurden. Es wird eben bei der Diagnose vielfach noch zu viel Wert auf einzelne, besonders in die Augen fallende Symptome gelegt, während doch vielmehr der ganze klinische Verlauf und die Symptome in ihrer Gesamtheit und nach ihrem Verhältnis zueinander und zu dem Gesamtkrankheitsbild berücksichtigt werden müßten. Zum Teil liegt das ja allerdings an der meist mangelhaften Anamnese und an der Schwierigkeit, die einzelnen Fälle bei dem langen Verlauf bis zum Schluß beobachten zu können. Wenn auch die Ausführungen von Specht im ersten Augenblick bei sehr vielen nur auf Opposition stoßen werden, so sind doch die Gründe, die er vorführt, so beachtenswert, daß man nicht ohne weiteres darüber hinweggehen kann. Wir müssen jedenfalls unsere Fälle von Paranoia (ich meine Paranoia immer in Kraepelin'schem Sinne) daraufhin einer kritischen Revision unterziehen, auch auf die Gefahr hin, daß sie zum Teil zum manisch-depressiven Irresein geschlagen würden und der Rest vielleicht in die Dementia paranoides untertauchen würde.

II. Vereinsberichte.

Psychiatrisch-neurologische Sektion des Budapester Ärztevereins.

Sitzung vom 18. Mai 1908.

(Bericht nach Elme-es idegkórtan, Nr. 3 und 4, 1908.)

Carl Hudovernig: Heilerfolg bei einem Tabesfalle.

H. berichtet über einen Heilerfolg bei einer 32jährigen erblich belasteten Frau, welche nach der Geburt des ersten Kindes vom Manne syphilitisch infiziert wurde, und deshalb von diesem getrennt lebt. Wiederholte sekundäre Erscheinungen, welche mit Hg und J behandelt wurden. Seit einigen Jahren Parästhesien der Füße, Kopfdruck, zeitweise Lanzinationen, manchmal leichte Inkontinenz. Rechte Pupille weiter, beide unregelmäßig, die linke lichtstarr; Romberg in mäßigem Grade; Patellarreflex rechts abgeschwächt, links nicht auslösbar; Augenhintergrund normal; Blutdruck (Gärtner) 115. Diagnose: Tabes incipiens. Behandlung mit intramuskulären Enesolinjektionen; nach der 15. Injektion Allgemeinbefinden gebessert, keine Lanzinationen und Harnbeschwerden, Pupillen gleich, auch die früher lichtstarre reagiert etwas auf Lichteinfall, keine Ataxie, Patellarreflex auch links schwach angedeutet. Nach 30 Injektionen keinerlei subjektive Beschwerden, objektiv keinerlei pathologischer Befund, alle Krankheitszeichen geschwunden. H. läßt die Frage offen, ob es sich um Lues cerebrospinalis oder um auffallend gebesserte, wenn nicht geheilte Tabes incipiens handelt.

Frey berichtet auch über gute Erfolge mit Enesol bei luetischen Erkrankungen des Nervensystems.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donath berichtet über einen Tabesfall, wo auch er unter antiluetischer Behandlung Rückkehr des Patellarreflexes gesehen hat.

v. Sarbó verhält sich der Diagnose gegenüber skeptisch; Rückkehr des Patellarreflexes bei Tabes sah er bloß nach Hinzutreten einer Pyramidenerkrankung; sonst deutet die Rückkehr des Patellarreflexes darauf, daß es sich nicht um echte Tabes gehandelt hat, und glaubt er auch im vorliegenden Falle eher eine Pseudotabes syphilitica annehmen zu müssen.

Ranschburg hat selbst bei ganz beginnender Tabes keine namhaften Erfolge der antiluetischen Kuren gesehen; waren solche vorhanden, so handelte es sich um Lues cerebrospinalis, bei welchen aber die Tabes nach einigen Jahren unaufhaltsam auftrat.

A. v. Sarbó demonstriert 1. einen Fall von alkoholischer Peroneusneuritis wegen des charakteristischen Steppergang es und um die größere Vulnerabilität der motorischen Nerven darzutun; 2. einen Fall von Lues cerebrospinalis, wo auf energische Hg-Kur wesentliche Besserung eintrat.

Carl Hudovernig: Ungewohntes Auftreten des Tremors bei Paralysis agitans.

Der 49jährige Kranke zeigt alle typischen Erscheinungen und Haltung der Paralysis agitans, bloß der Tremor verhält sich in ungewohnter Weise. Die lose herabhängenden Arme sind etwas gebeugt, aber keine Spur von Zittern in denselben; wenn aber der Kranke die Arme seitwärts oder nach oben hebt, nehmen die Hände sofort die Parkinson'sche Haltung an, und die typischen Zitterbewegungen der Finger treten auf. In diesem Falle also tritt der Parkinson-Tremor gerade bei intendierten Bewegungen auf, was recht selten vorkommt.

Carl Schaffer: Doppelseitige Erweichung des Gyrus supramarginalis.

Schaffer berichtet über den Hirnbefund eines Falles, dessen klinischer Teil eingehend beschrieben wurde im Neurol. Zentralbl. 1905, Nr. 19. Es handelt sich um eine 45jährige Frau, welche Oktober 1903 einen apoplektischen Insult erlitt, rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie und Anästhesie der rechten Körperhälfte. März 1904 linksseitige Hemiplegie mit Anästhesie dieser Körperhälfte. 1905 bestand bloß typische zerebrale Sensibilitätsstörung: Topo-, Stereoanästhesie, artikuläre Anästhesie. März 1908 neuerlicher Insult mit Exitus. Bei der Autopsie wurde eine Erweichung beider Gyri supramarginales gefunden; links erstreckt sich dieselbe ausschließlich auf den Gyrus supramarginalis, während rechts auch die zwei unteren Dritteile des Gyrus postcentralis erweicht sind; dem entsprach intra vitam die Neigung der linken Körperhälfte zu Kontraktur, während die Motilität rechts ungestört war. Der Fall beweist, daß der Gyrus supramarginalis der Sitz des Muskelsinnes ist. Epstein (Nagyszeben).

Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Vom 7. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands.

(Meiningen, 13. April 1909.)

1. Referent: **Leubuscher:** Der Arzt in der Hilfsschule.

Der Schularzt ist ein notwendiger Mitarbeiter in der Schule. Bisher haben sich Ärzte noch wenig mit der Psychologie und Physiologie des Schwachsinns beschäftigt. Zum Schularzt eignet sich nicht jeder Mediziner, nur derjenige, der eingehende Studien über Psychiatrie und Pathologie gemacht hat, darf als solcher gelten. Neben der Hygiene des äußeren Schulbetriebes und der Hygiene des Unterrichts hat der Schularzt vor allen Dingen Maßnahmen der Schülerhygiene zu treffen. Der Redner zieht dabei scharfe Grenzen zwischen der Kompetenz des Lehrers und der des Arztes. Im weiteren Verlaufe geht der Redner auf die Ursachen des Schwachsinns ein; aus seiner reichen Erfahrung nennt er als die hauptsächlichsten 1. die Vererbung psychopathischer Anlagen der Eltern auf die Kinder, 2. die Blutsverwandtschaft, die aber nur dann von übler Nachwirkung auf die Kinder sein kann, wenn eins der Eltern von vornherein erblich belastet ist, 3. sind Syphilis und Tuberkulose oftmals von großem Nachteil auf die geistige Beschaffenheit der Kinder, 4. am schlimmsten aber wirkt der Alkoholismus. Eltern, die im Übermaß Alkohol genießen, zeugen in der Regel geistig abnorme Kinder. Weitere Ursachen sind: Schlimme Kinderkrankheiten, Ernährungsstörungen oder Unterernährung, Nasen- und Rachenerkrankungen, Englische Krankheit. Am häufigsten aber sind soziale häusliche Verhältnisse an dem Elend schuld; bedauernswert ist oftmals das Los solcher Kinder, deren Eltern es aus Trägheit an allem Guten fehlen lassen. Laut fordert der Redner, daß unbedingt der Hilfsschularzt der behandelnde Arzt der Hilfsschüler ist. Nur dadurch kann man sicher sein, daß auch außerhalb der Schule der Zustand des Kindes von kompetenter Seite überwacht wird. Vorteilhaft für die Heilung erweisen sich die Einrichtung der Schulbäder, Solbäder, Aufnahme in Waldschulen.

Will der Schularzt zu wirklichen bleibenden Erfolgen in seiner Praxis gelangen, so gehören dazu nicht nur eingehende psychologisch-pathologische Kenntnisse, sondern auch ein rechtes Verständnis sozialer Verhältnisse und ein gut Teil Menschenliebe.

2. Referent: **Adam** (Meiningen).

Er ergänzt in allen Punkten die Ausführungen des Vorredners vom pädagogischen Standpunkt und fordert für jede Hilfsschule einen Schularzt. Er schildert die Schwierigkeiten der Feststellung des Schwachsinns und die herrschenden Methoden, die bei der Aufnahme der Kinder in die Hilfsschule in Anwendung gebracht werden. Der Schularzt ist ein beratendes Mitglied der Prüfungskommission; das pädagogische Urteil hat bei der Aufnahme eines Kindes den Ausschlag zu geben. Im weiteren Verlaufe seiner interessanten und auf mehrjährige, reiche Erfahrung gestützten Ausführungen zeigt der Redner die Notwendigkeit der Zusammenarbeit des Lehrers und Schularztes. Während der ganzen Schulzeit müssen pädagogischer und medizinischer Rat die armen Kinder begleiten und dürfen auch nach der Entlassung aus der Schule nicht aufhören; denn die Gefahr der Verelendung nach der Schule liegt sehr

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nahe, da sich nicht immer geeignete Lehrmeister finden. Auch in der Frage der Ursachen des Schwachsinns teilt Adam die Ansichten Leubuscher's, er wünscht jeder Hilfsschule einen Schularzt, wie man einen solchen in Meiningen an Leubuscher hat, und wünscht allenthalben eine gedeihliche, gemeinsame Zusammenarbeit von Arzt und Hilfslehrer zum Wohle der armen Kinder.

Die sich anschließende Debatte fördert neue Gedanken nicht zutage und endet mit der Annahme der von beiden Rednern aufgestellten Thesen, die aus den beiden Referaten zu ersehen sind.

Vogt (Frankfurt a. M.): Psychiatrie und Hilfsschule.

Referent ergänzt in ausführlichen Darlegungen den Vortrag über die Schularztfrage, betont die Notwendigkeit der psychiatrischen Schulung des Arztes, vor allem aber die Notwendigkeit des innigen Zusammenwirkens von Arzt und Lehrer. Die Darlegungen gipfeln in den Gedanken, daß nur auf Grund eingehender, langer Schulbeobachtungen, die sich als eine ausgedehnte Fürsorge weit über das Gebiet der Schulzeit hinaus erstrecken, ein Segen aus dem Zusammenwirken erblühen kann.

III. Bibliographie.

Pierre Janet: Les Névroses. Bibliothèque de Philosophie scientifique. Paris, Ernest Flammarion, 1909. 3,50 Fr. 397 S.

Das kleine Werk gibt in knapper Darstellung die Janet'sche Auffassung der Neurosen. Verfasser beschränkt sich auf zwei Krankheitsbilder, die Hysterie und Psychasthenie. Im ersten Teil werden die „Symptomes névropathiques", im zweiten die „Etats névropathiques" behandelt.

Symptomatologie der Hysterie: die verschiedenen Formen von Idées fixes, ihre Entwicklung im hysterischen Dämmerzustand und im Zustand der Ablenkung bei erhaltenem Bewußtsein, ihre Gruppierung zu psychologischen Systemen (die „Komplexe" der Züricher Schule), die sich von dem Ich trennen und eine Art selbständiges Dasein führen. Für diese Vorstellungen besteht im normalen Bewußtsein Amnesie. Angstzustände ohne bewußten Vorstellungsinhalt, die diesen psychischen Systemen angehören, werden vermutet. Es gibt symbolische Darstellungen unter der Form von Halluzinationen. Die Amnesie bedeutet nicht einen Verlust der Erinnerungen, sondern eine Isolierung derselben vom normalen Bewußtsein, wie Automatismen, unwillkürliche Bewegungen usw. es beweisen (Symptomhandlungen von Freud). An den Sprachstörungen wird die Dissoziation der Funktionen geschickt auseinandergesetzt (Amusie, Aphonie, Mutismus usw.) und die Zurückführung auf Wirkung der psychischen Systeme. Motorische Erregungen sind meistens Nachahmung von bestimmten Tätigkeiten oder Ausdrucksbewegungen (an Erlebnisse verknüpft) oder Mischungen der zwei Kategorien. Charakteristisch sind: die systematische Störung, welche eine ganze Funktion betrifft (keine elementare Störung), und die assoziative

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verbindung mit gefühlsbetonten Erlebnissen. Die Lähmungen (schlaffe L. und Kontrakturen) betreffen den psychischen Teil der Funktion; der Anteil des Chocs und der Phantasie an denselben wird analysiert, der Zusammenhang des Symptomes mit dem Psychischen gezeigt. Paraplegien und Abasien sind sehr häufig bei sexuellen Erlebnissen. Interessant ist bei hysterischen Lähmungen die Möglichkeit des Ausfalles der Vorstellungen der Lage und Bewegung der betroffenen Glieder (sie sind in das isolierte System hineinbezogen worden). Bei der eingehenden Differentialdiagnose mit den organischen Lähmungen wird der ganze psychische Zustand genügend berücksichtigt (sentiment d'indifférence von Laségue). Die gelähmten Glieder können unbewußte Bewegungen ausführen (automatisches Schreiben). Die Kontrakturen stellen meistens Ausdrucksbaltungen dar. Die Hysterie verhält sich, wie wenn sie nur für die bewußten, gewollten Handlungen lahm wäre, wie wenn die Lähmung für die Automatismen nicht vorhanden wäre (also wieder die isolierten Systeme). Vom gleichen Gesichtspunkte werden die Symptome seitens der Sensibilität (sensorische inbegriffen), der Funktionen der Eingeweide usw. behandelt; besonders bemerkenswert ist der Abschnitt über die erotogenen, hysterogenen Zonen, es sind Dysthesien durch Assoziation (d. h. „addition d'une idée à une sensation primitive") wohl zu unterscheiden vom organisch bedingten Schmerz, der durch Konzentrierung der Aufmerksamkeit gesteigert ist. Die Bedeutung der Aerophagie für den Meteorismus, die psychische Gravidität wird hervorgehoben. Janet protestiert gegen die Annahme des Gaumenreflexes als echtes Stigma der Hysterie, er warnt gegen die leichtsinnige Diagnose hysterisches Leiden im Gebiete der Eingeweide, er weist auf die häufige Komplikation mit organischen Leiden (Hämatemesis bei Ulcus ventriculi, wo der Affekt als auslösendes Moment wirken kann).

Im ersten Kapitel des zweiten Teiles werden die Crises nerveuses behandelt: Attaques hyst., Fugues, somnambulismes naturels et artificiels, dédoublements de la personnalité. Die Anfälle sind durch Erregung im intellektuellen, sprachlichen und motorischen Gebiete charakterisiert, es kommt darin zu einer „Emancipation des fonctions", Wechsel und nicht Verlust des Bewußtseins tritt auf. Der Inhalt ist zum guten Teil mit gefühlsbetonten Erlebnissen oder Phantasien verbunden (idées fixes), ein Rest besteht aus diffuser sprachlicher und motorischer Agitation. Es folgen schöne Analysen von Fugues, welche mit Hilfe der Dissoziation und Entwicklung der psychologischen Systeme erklärt werden. Die Schilderung der Einwirkung des Hypnotiseurs ist lesenswert: Ein neuer Gedanke, ein neues Gefühl hat sich während dieses Zustandes entwickelt und strebt danach, ihm (dem Zustand) eine neue Einheit zu geben, allmählich wird der Experimentator ein integrierender Bestandteil des Traumes des Somnambulen, er wird immer gehört und verstanden, er leitet die Gedanken (die „Übertragung" von Freud). Als wichtige Stigmata der Hysterie (im Gegensatz zu den Anästhesien von Charcot) werden die Suggestibilität, die Variabilität, Mobilität der Symptome und die Zerstreutheit zitiert. Der Zusammenhang mit den psychischen Systemen wird leider nicht weiter analysiert, die Aufmerksamkeitsstörung ließe sich von dem Janet'schen Standpunkt der Dissoziation und Abspaltung bestimmter Vorstellungsgruppen aus leicht darstellen. Sehr zu begrüßen ist folgender Passus: Die hysterischen Symptome verdanken nicht ihre Entstehung, wie naiverweise angenommen wird, dem Zufall

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Assoziationen oder den Eingebungen des Patienten oder des behandelnden Arztes. Sie sind einem strengen Determinismus unterworfen, in allen Ländern und zu allen Zeiten unter den gleichen Bedingungen, sie sind durch psychologische und physiologische Gesetze determiniert, welche Patienten und Ärzte noch nicht kennen (hier setzt die Freud'sche psychanalytische Forschung, Psychopathologie des Alltagslebens ein). Janet reiht die drei schon zitierten Stigmata: Suggestibilität, Zerstreutheit und Mobilität der Symptome unter den Oberbegriff der Einengung des psychischen Feldes ein, dieser Zustand ist aber nur eine andere Seite der Dissoziation der Persönlichkeit. Die gewonnene Definition der Hysterie lautet: Sie ist eine Form der psychischen Depression[1]), die durch die Einengung des Bewußtseinsfeldes (Feld des persönlichen Bewußtseins) charakterisiert ist und durch die Neigung zur Dissoziation und zum Selbständigwerden von Vorstellungssystemen und Funktionen, welche sonst durch ihre Synthese die Persönlichkeit bilden.

Das von Janet aufgestellte Krankheitsbild der Psychasthenie wird in Parallele zur Hysterie sehr plastisch behandelt, zuerst rein symptomatisch: die Zwangsideen; charakteristisch ist die Art, wie sie produziert werden. Patient ist verlegen, gehemmt, er kann sich kaum ausdrücken, weiß aber genau, was ihn plagt. Er hat keine Amnesie dafür. Die betreffende Idee ist nicht so scharf abgegrenzt, wie die hysterische Idée fixe, sie hat keine automatische Entwicklung, sie steht mit der ganzen Persönlichkeit im Zusammenhang. Der Trieb zur Handlung ist gering. Häufig ist die Ausdrucksweise der betreffenden Idee symbolisch (durch Halluzinationen). Der Zweifel begleitet die Zwangsidee (wie die Amnesie der Idée fixe folgt), der Gedanke wird von einem Gefühl der Unzulänglichkeit (insuffisance) begleitet, sie hat einige Merkmale eingebüßt, welche der normale Gedanke, die normale Erinnerung charakterisieren, er ist nicht lebendig, regt nicht zur Tat an, er scheint außerhalb der lebendigen Wirklichkeit zu stehen. Die „Fonction du réel" ist gestört. Diese zusammen mit dem Gefühl der Unzulänglichkeit sind typisch für die Psychasthenie, Janet weist sie in allen Symptomen nach. Für die Tics werden drei Punkte hervorgehoben: a) das Systematische (wie bei den hysterischen Lähmungen); b) das Unerwartete (von innen heraus); c) der dazu gehörige Geisteszustand, das Bedürfnis zu kompensieren, zu vervollkommnen. Die Tics sind immer bewußt, können durch Ablenkung vermieden werden. Interessant ist ferner die neue Einteilung der Phobien: a) der Funktion, z. B. des Ganges, wie die hysterische Abasie, und b) der Handlung (Gebrauch des Rasiermessers, wie z. B. der hysterische Schreibkrampf). Bei der Wahrnehmung werden verschiedene Sentiments d'incomplétude, d'automatisme beschrieben, wie auch la sensation du déja-vu, du fantastique, d'absence de la réalité, welche für die normale und pathologische Psychologie von Bedeutung sind. Die vielseitige Anpassung an die komplizierte Realität, das zielbewußte Handeln, aber nicht das abstrakte Denken, die automatische Handlung sind gestört; kompensierend tritt ein Überwuchern der Phantasie ein (Rêveries). Die Psychasthenie ist eine Form der Depression der psychischen Tätigkeit, die durch die Herabsetzung der psychischen Spannung, durch die Abnahme derjenigen Funktionen, welche die Wahrnehmung und Beeinflussung der Realität ermöglichen,

[1]) „Depression" wird von Janet im intellektuellen, nicht affektiven Sinne aufgefaßt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und durch den Ersatz derselben mittels niederer Formen der geistigen Tätigkeit (Phantasien, Zweifel) charakterisiert ist.

Die Neurosen bedeuten eine Hemmung in der Entwicklung der oberen Funktionen (Adaptation) des Organismus und nicht eine Zersetzung derselben wie bei den Psychosen; man denke an die zahlreichen Infantilismen, an die auslösenden Faktoren der Neurosen im Laufe der Involution des Individuums.

Das Werk Janet's enthält neben einer schönen Kasuistik eine Menge von neuen, fruchtbaren Gesichtspunkten. Die Auffassung der Neurosen ist eine durchweg psychologische. Die Darstellungsweise ist sehr klar und von einer eleganten Einfachheit.

Verfasser ist sich aber der Schwierigkeiten des Problems vollkommen bewußt und will nicht à tout-prix vereinfachen. Er verfügt über eine große Erfahrung, die er in seinen großen Werken (Névroses et Idées fixes und Obsession et Psychasthenie, Etat mental des Hystériques) niedergelegt hat, das jetzige Buch ist ein Resümee derselben. Janet hat Sinn für komplette Beobachtungsreihen (z. B. Aufstellung von Formes frustes), er ist ein sehr scharfer Analysator, er denkt aber nicht psychogenetisch, aus diesem Grunde entgehen ihm gewisse Zusammenhänge, welche uns Freud mit der Psychanalyse ermöglicht hat. Ein letzter Einwand: man kann nur bedauern, daß die Differentialdiagnose nach der Seite der Psychosen hin nicht ausführlicher besprochen wird.

Das Werk Janet's bedeutet einen bedeutsamen Fortschritt in der Neurosenlehre, die Übersetzung dieses Abrisses ins Deutsche ist sehr erwünscht.

A. Maeder (Zürich).

Georg Voß: Klinische Beiträge zur Lehre von der Hysterie. (Nach Beobachtungen aus dem Nordwesten Rußlands.) Verlag von Gustav Fischer in Jena, 1909. 300 S.

Verf. teilt die Beobachtungen mit, welche er an 123 Fällen von Hysterie auf der Nervenabteilung des St. Petersburger Marienhospitals für Arme machte, indem er fast in lehrbuchähnlicher Weise das gesamte Gebiet der Hysterie durchgeht; nur die Kinderhysterie und die traumatische Form wird nicht näher berücksichtigt. Die Literatur, namentlich der letzten Jahre, wird eingehend herangezogen und vielfach referierend dargestellt. Neue Ergebnisse, eigenartige theoretische Anschauungen werden nicht gewonnen, es werden jedoch eine große Reihe von klinischen Einzelfragen gründlich erörtert. Besonders bemerkenswert sind die Ausführungen über die elektrische Untersuchung bei Hysterie (Vorkommen myasthenischer Reaktionsformen), sowie die differentialdiagnostischen Erörterungen über alkoholische und hysterische Dämmerzustände an der Hand ausführlicher Krankengeschichten. Verf. hält es für wahrscheinlich, daß eine alkoholische Psychose sich in das Gewand eines hysterischen Dämmerzustandes mit Ganser'schen Symptomen kleiden kann. Charakteristisch für Verf. ist seine Neigung, der Hysterie die schwersten neurologischen Erscheinungen unter Umständen zuzusprechen, welche ihr gewöhnlich streitig gemacht werden; so stellt er sich auf seiten derer, welche das Vorkommen des Westphal'schen Zeichens, der Entartungsreaktion, der ad exitum führenden Krampfanfälle usw. bei Hysterie annehmen. Durch das Streben des Verf. nach Vollständigkeit haben einzelne Kapitel eine ungleiche Bearbeitung erfahren, indem es sich meist um eine nur den Fachmann interessierende Detailarbeit, dann auch wieder um eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mehr populäre lehrhafte Darstellung handelt. Ein wertvolles Literaturverzeichnis von 870 Nummern, meist Schriften aus den Jahren 1900—1906 betreffend, schließt die fleißige Arbeit. Arndt (Zehlendorf).

Steyerthal: Was ist Hysterie? Halle, C. Marhold, 1908.

Die Antwort auf diese Frage lautet nach der Meinung des Verfassers kurz dahin: Es gibt überhaupt keine Hysterie, sondern nur hysterische Stigmata, die bei jeder Krankheit vorkommen können. Die hysterischen Zeichen sind Erschöpfungssymptome.

In der Arbeit sind im wesentlichen die Ansichten andrer Autoren mit emsigem Fleiß und nicht ungeschickt zusammengetragen. Die eigenen Beobachtungen treten ganz zurück. In der Kritik früherer Meinungen fließen dem Verfasser mit souveräner Erhabenheit Ausdrücke wie Nonsens, kritikloses Nachbeten spielend aus der Feder. Nach seiner Ansicht müssen so ziemlich alle, die sich bisher mit dem Gegenstand beschäftigt und eine Erklärung der Krankheit versucht haben, blind oder unfähig gewesen sein. Manche haben sich auf dem richtigen Wege befunden, aber kurz vor dem Ziel halt gemacht. Nur ihm blieb es vorbehalten, den Schlußstein in dieses Gebäude zu legen, d. h. das Gebäude bis auf den Grund niederzureißen. Es bleibt kein Stein auf dem andern. Die alten Steine behalten zwar ihre Politur, werden aber andern Bauwerken eingefügt. So ganz verschwindet also auch bei ihm das Hysterische nicht und darin besteht schon ein bedenklicher Widerspruch in dem Ergebnis der Arbeit. Aber auch sonst sagt uns der Verfasser nichts Neues. Die hysterischen Zeichen sind Erschöpfungssymptome. Sind das nicht schließlich alle Krankheitserscheinungen? Nur die Ursachen und Äußerungen der Erschöpfung sind verschiedener Art. Es gibt bekanntlich auch nur eine Todesart, nämlich das Aufhören des respiratorischen Gaswechsels. Nur die Ursachen und Äußerungen dieses Aufhörens sind verschiedener Art. Also auch mit dieser Entdeckung rennt der Verfasser offene Türen ein. Ob man endlich die Hysterie als selbständige Krankheit oder nur bestimmte Krankheitserscheinungen in ihrer charakteristischen Art und Färbung als hysterische bezeichnen soll, darüber sind schon längst von andrer Seite nicht unberechtigte Zweifel geäußert worden. Dem eigentlichen Wesen des Hysterischen sind wir aber dadurch ebensowenig näher gekommen, wie durch die vorliegende Abhandlung.

Der Verfasser wird es deshalb auch ferner hinnehmen müssen, wenn erfahrene Fachleute trotz seiner Schrift an ihrer Meinung festhalten, daß es eine Hysterie gibt. Sie verschwindet ja auch bei ihm selbst nicht ganz. Denn ob Hysterie oder hysterische Stigmata, das Hysterische ist damit nicht verschwunden.

Auf Grund welcher eigenen Erfahrungen und Beobachtungen der Verfasser zu dem vernichtenden Urteile kommt, geht aus der Arbeit nicht klar hervor. Wir können deshalb nicht nachprüfen, ob auch er das, was wir unter hysterisch verstehen, als hysterisch anspricht. Im Hinblick auf Äußerungen von ihm an andrer Stelle, nach denen er durch zielbewußt einsetzende Therapie die Paralyse zum Stillstand bringen kann, müssen wir in dieser Richtung mit der Bewertung seiner Ansichten sehr vorsichtig sein. Er spricht im wesentlichen nur von den Anfällen und körperlichen Erscheinungen. Das sind doch aber nur Dinge, die gewissermaßen an der Oberfläche schwimmen, Wegweiser am Beginn des Weges. Hier macht aber der Verfasser schon mit seinen eigenen Beobachtungen halt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die psychischen Erscheinungen und besonders das wesentlichste Merkmal der Hysterie, den schnellen Wechsel der Erscheinungen, finde ich nirgends in den eigenen Beobachtungen erwähnt und berücksichtigt. Der Verfasser wird es mir daher nicht übelnehmen dürfen, wenn ich die Arbeit als unvollständig und oberflächlich bezeichne. Um uns auch nur einigermaßen über das Problem der Hysterie Aufklärung verschaffen zu können, müssen wir tiefer in den Gegenstand eindringen. Jeder, der viele Jahre hindurch Hysterische zu beobachten Gelegenheit gehabt hat, wird allmählich zu der Überzeugung kommen, daß alle Erscheinungen dieser Krankheit auf einen zentralen Ursprung hinweisen. Diese Klippe überspringt der Verfasser. Er kann es nicht begreifen, daß bisher niemand eine Definition des Hysteriebegriffes gefunden hat, und schließt nun hieraus, daß es überhaupt keine Hysterie gibt. Die Tatsache steht fest, sie berechtigt aber nicht zu diesem Schluß. Denn nach meiner Auffassung handelt es sich bei der Hysterie letzten Endes um eine Störung des Bewußtseins, und zwar des Bewußtseins der eigenen geistigen und körperlichen Persönlichkeit und ihrer Beziehungen zur Außenwelt. Die Intensität dieser Störung braucht im allgemeinen nur gering zu sein, sie ist aber den lebhaftesten Schwankungen unterworfen. Die Schwankungen sind wiederum durch innere und äußere Ursachen bedingt. Daher das kaleidoskopische chamäleonartige Bild der Hysterie. Diese Auffassung vom Wesen der Krankheit macht es auch erklärlich, daß wir bisher keine brauchbare Definition der Hysterie gefunden haben, wir werden sie auch nicht finden, weil es eben keine Definition des Bewußtseins gibt. Schade, daß der Verfasser diese Auffassung von der Natur des Leidens noch nicht gekannt hat. Er würde sie ja zweifellos mit derselben Leichtigkeit abgetan haben, wie alle bisherigen. Ich fürchte nur, daß er, als „ungeschulter Denker," mir in meinem Gedankengange nicht bis ans Ende gefolgt wäre.

Die Sprache ist sonst flott und gewandt, nur die vielen hineingezerrten Bilder und die häufig wiederkehrenden gesuchten Wortstellungen, wie Hysterie-Historie, hysterisch-historisch, der stellenweise stark feuilletonistische Stil und der an vielen Stellen hervortretende überhebende spöttische Ton stehen dem ernsten wissenschaftlichen Gegenstand nicht immer recht zu Gesicht und täuschen über den mageren Inhalt nicht hinweg. Viel schreiben heißt nicht viel wissen, auch wenn die Schreibart noch so schön aufgeputzt ist: „Endlich schleudert ein kühner Herostrat mit wagemutiger Hand die Brandfackel des Zweifels in das altersgraue Bollwerk, und die staunende Welt sieht, daß die Hysterie nicht aus den ewigen Gefilden stammt"!! (s. S. 1). Rust (Sachsenberg).

P. Serieux et J. Capgras: Les Folies raisonantes. Le délire d'interprétation. Paris, F. Alcan, 1909.

Verf. schildern auf Grund von etwa 60 Krankengeschichten — wieviel der Patienten von den Autoren persönlich untersucht wurden, geht aus dem Texte nicht hervor — ein umschriebenes Krankheitsbild, Délire d'interprétation, das der Kraepelin'schen Paranoia angehört, aber nur einen Teil derselben umfaßt. Im Gegensatz zu den Erkrankungsformen, die von Kraepelin der Dementia praecox zugerechnet werden, handelt es sich hier um eine degenerative, in der persönlichen Veranlagung begründete Psychose, die im späteren Lebensalter auf äußere Schädigungen, besonders sozialer Natur, hin sich entwickelt, unheilbar ist, aber niemals zu geistiger Schwäche führt; auch sollen Sinnes-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

täuschungen gänzlich fehlen oder außerordentlich selten und ohne Bedeutung für den Krankheitsprozeß sein. Als charakteristisch für die prädisponierende Veranlagung betrachten Verf. eine Verbindung von übertriebenem Selbstbewußtsein mit übertriebener Empfindlichkeit sowie mit einem gewissen Mangel an Selbstkritik (l'hypertrophie et l'hyperesthesie du moi et la defaillance circumscripte de l'autocritique), Eigenschaften, die bei ungünstigen äußeren Verhältnissen Mißdeutungen und Beeinträchtigungsideen entstehen lassen, aus denen sich dann allmählich ein ganzes Wahnsystem entwickelt, das unverrückbar die Persönlichkeit gefangen hält. Was für Krankheitsbilder Verf. dabei im Auge haben, ist am besten daraus zu erkennen, daß sie Rousseau's Krankengeschichte als typisches Beispiel ausführlich erörtern. Strindberg, den sie gleichfalls für sich in Anspruch nehmen, gehört wohl nicht hierher (vgl. Lange's Referat über Rahmer's Pathographie in dieser Zeitschr. 08, S. 80). Das Hauptsymptom, das im Mittelpunkt der Erörterungen steht, sind die krankhaften Eigenbeziehungen, Mißdeutungen und Verkennungen. Mit ihnen beginnt die Erkrankung, aus ihnen entwickelt sich erst allmählich im Laufe von Jahren das fixierte Wahnsystem, während umgekehrt bei der zweiten (nur kurz erwähnten) Gruppe, dem Délire de revendication, das in der Hauptsache den Querulantenwahn umschreibt, zuerst die vermeintliche Benachteiligung, der Wahn, auftritt, an den sich die anderen Erscheinungen erst sekundär anschließen. Beide Erkrankungen sind in der Anlage begründet, sind gewissermaßen Reaktionen pathologischer Persönlichkeiten und werden als „Psychoses constitutionelles fonctionelles" den „Psychoses acquises toxiques démentielles" gegenübergestellt, die etwa den paranoischen Formen der Dementia praecox entsprechen würden. Die hier vertretenen Anschauungen, die auf Grund recht interessanter Krankengeschichten eingehend und klar durchgeführt sind, entsprechen wohl im allgemeinen den neueren Auffassungen der Paranoia bei uns; insbesondere ist die Abtrennung des Querulantenwahnes, der sich als eine viel direktere Reaktion darstellt, und seine Annäherung an die übrigen querulierenden Formen der Psychopathen, den Pseudoquerulanten Kraepelin's, sicher gerechtfertigt. Ob sich allerdings die Hauptgruppe, das Délire d'interprétation, in dieser Form und Abgrenzung wird aufrecht erhalten lassen, ist immerhin fraglich, da seine Hauptsymptome, die Eigenbeziehungen und der Mangel an Halluzinationen, doch zu wenig charakteristische Merkmale sind. Viel bedeutungsvoller ist die Art, wie sich die Psychose entwickelt, ob sie wirklich aus der Persönlichkeit herauswächst, was Verf. wohl betont, aber bei ihren Beispielen nicht genügend berücksichtigt haben. Angaben über Charakter und Veranlagung fehlen oder beschränken sich auf wenige Worte. Die Krankengeschichten wirken daher auch durchaus nicht überzeugend nach der Richtung, daß es sich hier tatsächlich um eine einheitliche Gruppe handele; man kann im Gegenteil bei einzelnen Kranken den Eindruck nicht von sich weisen, sie gehörten eher zu den klinisch noch nicht klar abzutrennenden Psychosen, die in ihrem Beginn den paranoischen Formen der Dementia praecox gleichen, die aber keine katatonischen Veränderungen mit sich bringen und trotz jahrelangen Bestehens zu keiner geistigen Schwäche führen. Die Beurteilung wird besonders dadurch erschwert, daß auch die Frage der Demenz nicht klar genug in den Krankengeschichten herausgearbeitet ist. Leistungsfähigkeit und Fähigkeit zu sozialer Betätigung werden nur kurz gestreift und bei einem großen Teil der Kranken sind die Verf. nur auf Angaben

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dritter angewiesen, da sie eine persönliche Nachuntersuchung unterlassen haben, zweifellos ein Mangel bei einer klinischen Arbeit, dem leicht abzuhelfen gewesen wäre, da sich die meisten Patienten noch in Anstalten befinden. Auch die Angabe, daß Halluzinationen keine Rolle spielen, leidet darunter, daß man aus der Arbeit nicht genau zu ersehen vermag, inwieweit sich die Verf. dabei auf eigene Beobachtungen stützen. Bei Fall 13, wo sich Alkoholmißbrauch und alkoholische Störungen (Délire alcoolique) finden, möchte ich lieber vorderhand von der Annahme einer kombinierten Psychose absehen, solange die Frage der chronischen Alkoholpsychosen noch so wenig geklärt ist.

Die sehr lesenswerte Arbeit enthält eine kurze aber übersichtliche Besprechung fremder Anschauungen, in der die Verf. auch der ausländischen, besonders der deutschen Literatur gerecht werden. Jedem, der sich für die Paranoiafrage interessiert, kann die Lektüre des Buches empfohlen werden.

Reiß (Tübingen).

Cornelius: Nervenpunkte, ihre Entstehung, Bedeutung und Behandlung mittels Nervenmassage. 2. Auflage. Leipzig 1909. Verlag G. Thieme.

Die zweite Auflage der bekannten Schrift ist durch ein Kapitel über die Technik der Druck- bzw. Nervenpunktmassage erweitert, sonst unverändert.

Wenn auch die Neurologen den theoretischen Vorstellungen des Autors nach wie vor ablehnend gegenüberstehen, soll der Nutzen einer ausgedehnten Massage besonders bei vielen neuralgischen Beschwerden nicht bestritten werden.

Kutner (Breslau).

Caron: Contribution à l'étude de l'Adéno-Lipomatose à Prédominance cervicale. Thèse de Paris, 1908.

Es handelt sich um multiple symmetrische Lipome, vor allem am Halse (Fetthals der deutschen Autoren), aber auch an Brust, Oberarm, Leistengegend und in metamerer Gliederung an Bauch und Rücken. Derartigen Fällen ist, besonders auch von deutschen Autoren, vielfach ein nervöser Ursprung zugesprochen worden. Der Verfasser stellt die Ergebnisse früherer Forschungen zusammen, wobei er auf eine Trennung ähnlicher Krankheitsbilder Bedacht nimmt, und teilt vier eigene Beobachtungen mit. Wegen den Beziehungen zu kongenitalen Knochentumoren und wegen der eigenartigen Metamerie spricht er sich für eine kongenitale Entstehung aus, während er den nervösen Begleiterscheinungen weniger Bedeutung beilegt. Bei Alkoholikern soll die Affektion besonders häufig auftreten.

Müller (Dösen).

Soubies: Physiologie de l'Aéronaute. Thèse de Paris, 1907.

Die physiologischen Erscheinungen bei Ballonfahrten werden historisch und kritisch, unter Beifügung eigener Versuche, besprochen. Interessant sind die Ausführungen über die psychischen Eindrücke während der Fahrt im nicht lenkbaren Luftschiff: ein wohliges Behagen infolge des Gefühls völliger Unbewegtheit, der Abwesenheit jedes Geräusches und der eigenartigen Umgebung; ein Schwindelgefühl fehlt vollständig. Die Veränderungen des Blutes, der Blutbewegung und Atmung, sowie die erst in großen Höhen auftretende „Ballonkrankheit" nehmen den größten Teil der Arbeit in Anspruch. Die Muskelkraft

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vermindert sich mit dem Anstieg, Gehör- und Gesichtssinn zeigen charakteristische Störungen, die Sensibilität wird abgestumpft. Müller (Dösen).

A. Moll: Das Sexualleben des Kindes. Berlin, Hermann Walther, 1909.

Moll wendet sich in seiner umfangreichen Schrift (300 S.) an die Interessenten aus verschiedenen Kreisen. Die ersten Kapitel enthalten daher vieles dem Arzte Geläufige über die Geschlechtsorgane und ihre Funktionen im unreifen und reifen Zustande. Verfasser bespricht sodann die normalen und abnormen Äußerungen des Geschlechtstriebes im Kindesalter, die Wirkung äußerer Einflüsse auf die Sexualität des Kindes, die Verbrechen an Kindern, die Gefahren, welche für das Kind aus seinen frühen sexuellen Regungen hervorgehen können usw. Das ausführliche Schlußkapitel betrifft die aktuellen Fragen der sexuellen Erziehung.

Ein zusammenfassendes Werk über die Sexualität des Kindes kommt einem Bedürfnis entgegen. Leider kann man Moll's Arbeit nicht als die ideale Lösung dieser Aufgabe begrüßen. Denn wenn auch ein reiches Tatsachenmaterial in ihr verarbeitet ist, so berücksichtigt Verfasser die vorhandene Literatur doch in durchaus einseitiger Weise, und seine Stellungnahme zu den Anschauungen anderer Autoren entbehrt vielfach den Charakter einer sachlichen Kritik.

Abraham.

IV. Referate und Kritiken.

Psychiatrie und Neurosen.

Erwin Rhode: Stoffwechseluntersuchungen an Epileptikern.

(Deutsches Archiv für klin. Medizin, Bd. XCV.)

Bei genauerer Untersuchung einer größeren Anzahl von Epileptikern hat man bisher stets Tatsachen gefunden, die mit den aufgestellten Hypothesen über das zur Autointoxikation und Krampfanfällen führende Gift nicht in Einklang stehen. R. hat in der Münchener Psychiatrischen Klinik genau und vorurteilsfrei fünf Epileptiker längere Zeit hindurch beobachtet. Den über krampfauslösende Gifte aufgestellten Theorien kann er sich zurzeit nicht anschließen und auch seine eigenen Untersuchungen, in deren Deutung er sehr vorsichtig ist, geben kein einheitliches Resultat. Auffallend ist bei einigen Kranken die starke Vermehrung der Harnazidität im Anschluß an epileptische Anfälle, und parallel damit eine ausgesprochene Vermehrung des Ammoniaks. Die Ursache dieser vermehrten Harnazidität wird in folgenden Momenten erblickt: 1. einer vermehrten Harnsäureausscheidung, 2. einer vermehrten Phosphorsäureausscheidung, 3. einer beträchtlichen Vermehrung der ätherlöslichen Säuren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In der theoretischen Deutung dieser Momente, welche durchaus nicht auf eine besondere Art von Epilepsie schließen lassen, ist Rhode mit Recht sehr vorsichtig. Hoppe (Uchtspringe).

A. van der Eekhout: Studien über die hypnotische Wirkung in der Valeriansäuregruppe.

(Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmak., Bd. LVII, 1907, Heft 5/6.)

Die Studien, über die hier berichtet wird, wurden — am pharmakologischen Institut in Heidelberg — durchgeführt an Fröschen, Kaninchen und Hunden; speziell wurde der Monobromisovalerianylharnstoff (Bromural) geprüft. Es zeigte sich dabei, daß die schlafmachenden Dosen keine schädliche Nebenwirkung haben; daß die Wirkung nur eine elektive auf das Großhirn ist, ohne Einfluß auf Medulla und Rückenmark; daß kaum eine Kumulierung eintritt, und daß der Magen nicht gereizt wird; daß Dosen, die über die therapeutischen hinausgehen, zunächst das Atemzentrum, nicht das vasomotorische beeinflussen.

Haymann (Freiburg i. Br.).

Kaufmann (Wildungen): Beitrag zur Nukleogenbehandlung.

(Therap. Rundschau 1908, Nr. 12.)

Nukleogen enthält Eisen, Phosphor und Arsen. Es ist leicht resorbierbar und assimilierbar, eignet sich daher als Roborans für alle Fälle, wo ein solches angezeigt erscheint. An dieser Stelle dürfte speziell interessieren, daß K. bei einer Reihe von Sexualneurasthenikern günstige Erfolge gesehen hat.

Haymann (Freiburg i. Br.).

Schlesinger (Solingen): Über Nukleogenanwendung bei Neurasthenie.

(Mediz. Klinik 1907, Nr. 41.)

Sch. sah in der überwiegenden Zahl seiner Fälle die körperlichen, nervösen und psychischen Symptome der neurasthenischen Störung durch — genügend lange — Verabreichung von Nukleogen günstig beeinflußt.

Haymann (Freiburg i. Br.).

E. Schramm (Friedenau): Über die intramuskuläre Anwendung eines neuen arsen- und phosphorhaltigen Eisenpräparates.

(Mediz. Klinik 1908, Nr. 18.)

Sch. berichtet über 76 Fälle, in denen er Nukleogen intramuskulär angewandt hat. Seine Erfolge waren im allgemeinen recht gute. Die gerade hier interessierende Gruppe von Neurasthenikerinnen zeigte allerdings die, auch sonst hin und wieder beobachteten, unangenehmen Nebenwirkungen (stärkere Schmerzhaftigkeit, erhöhte Empfindlichkeit des Nervensystems, Temperatursteigerungen) in besonders hohem Grade. Schramm empfiehlt die Medikation trotzdem dringend für alle die Fälle, wo die interne Therapie versagt.

Haymann (Freiburg i. Br.).

Mäder (Charlottenburg): Valisan, ein neues Sedativum.

(Therap. Monatshefte 1908, Oktober.)

Valisan ist eine Verbindung von Bornyval mit Brom: es hat sich in fast einjähriger Versuchszeit als brauchbares Sedativum erwiesen; vor den meisten Baldrianpräparaten ist es durch besseren Geschmack und Geruch ausgezeichnet.

Haymann (Freiburg i. Br.).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anatomie und Physiologie des Nervensystems.

Levinsohn: Über die kortikalen Zentren der Augenbewegung nach Experimenten an Affen.

(Ber. über d. 35. Vers. d. ophthalm. Ges. Heidelb. 08. Wiesbaden, Bergmann 09, S. 300.)

Verf. führte seine Untersuchungen an 15 Affen aus, indem er die Tiere gewöhnlich in mehreren Sitzungen immer an verschiedenen Partien der Hirnoberfläche reizte und die in Frage kommenden Teile dann exstirpierte. Danach wurden die Affen längere Zeit, bis zu 51 Tagen, auf Ausfallserscheinungen beobachtet. Das Resultat seiner Untersuchungen faßt er folgendermaßen zusammen: die zentrale Innervation der Augenbewegungen besitzt im Cortex cerebri eine sehr große Ausdehnung. Sie ist vornehmlich an die hintere Hälfte des Stirnlappens, an den Gyrus angularis und an den Okzipitallappen gebunden. Die Erregbarkeit dieser Hirnabschnitte ist voneinander unabhängig, es handelt sich demnach um eine Auslösung der Augenbewegungen auf dem Wege kortikofugaler Bahnen. Die Augenbewegung bei Rindenreizung erfolgt in erster Linie durch aktive Kontraktion des gereizten Muskels. Die Ausfallserscheinungen nach Exstirpation der für die Augenbewegungen in Frage kommenden Kortikalpartien sind fast vollkommen negativ, es tritt nur eine bald vorübergehende Déviation conjugée auf. Da nach Exstirpation des Gyrus angularis eine Herabsetzung der Empfindlichkeit des Auges, nach der des Okzipitallappens Hemianopsie auftritt, so muß in Rücksicht darauf, daß bei Reizung der vor dem Sulcus praecentralis gelegenen Hirnteile sich eine isolierte Augenbewegung schon bei schwächsten Reizen einstellt, während die Exstirpation dieses Gebietes negativ ausfällt, gerade in diesem Hirnabschnitte die Vertretung der Augenbewegung par excellence erblickt werden, während die von den andern Hirnabschnitten ausgelösten Bewegungen mehr als indirekte aufzufassen sind. Immerhin läßt die, nach Exstirpation aller für die Augenbewegungen in Frage kommenden Rindenabschnitte, bestehende normale Augenstellung, sowie die erhaltene Fähigkeit, die Augen zu bewegen, die Schlußfolgerung zu, daß die Cortex cerebri beim Affen sowohl für die normale Stellung wie für die exakte Bewegung der Augen ohne wesentlichen Einfluß ist. Brons (Dortmund).

S. J. de Lange: La Méthode de Marchi.

(Le Névraxe X, 1909.)

Lange korrigiert früher ausgesprochene Anschauungen dahin, daß er sich überzeugt habe, daß nicht jede Schwärzung nach Marchi den Platz einer sekundär degenerierten Nervenfaser bezeichne. Zerfallsprodukte können durch den Lymphstrom fortgeschleppt werden; bei sehr jungen Tieren, ferner nach Infektionen kann man Schwärzungen finden, die durch sekundäre Degenerationen nicht zu erklären sind; Kunstprodukte durch mangelhafte Technik, durch Quetschungen der Gewebe bei der Sektion usw. sind häufig. Alle schwarzen Brocken und Körnchen sieht er als Abkömmlinge von Markscheiden an. Die gewiß nicht seltenen Produkte nicht myelogener Natur, die sich gleichfalls mit Marchi schwärzen, sog. Pigmente (in Ganglienzellen, Gliazellen, Adventitiazellen), erwähnt er nicht. Schröder (Breslau).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H. Vogt und Rondoni: Zum Aufbau der Hirnrinde.
(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 44.)

Wie nach einem phylo- und ontogenetischen Grundgesetz die tieferen Rindenschichten mit körnerartigen Elementen früher erscheinen und niedrigeren Funktionen dienen als die supragranulären Schichten mit den höher differenzierten Pyramidenzellen, so haben die Verfasser auch an Idiotengehirnen ein Überwiegen der ersteren nachgewiesen. Müller (Dösen).

Yanase: Über Epithelkörperbefunde bei galvanischer Übererregbarkeit der Kinder.
(Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 67, 1908.)

Bei Untersuchung von 89 Fällen fand Verf. an pathologischen Prozessen in den kindlichen Epithelkörperchen amyloide Degeneration, Miliartuberkel, Rundzelleninfiltrate, Bakterienembolien und besonders häufig Blutungen. Bei normaler elektrischer Erregbarkeit konnte er niemals Blutungen nachweisen. Bei anodischer Übererregbarkeit fand er Blutungen oder deren Residuen in 54%, bei kathodischer Übererregbarkeit in 61% der Fälle. In den negativen Fällen handelte es sich um Kinder, die über ein Jahr alt waren, bei denen also frühere Blutungen ohne Resterscheinungen verschwunden sein konnten. Erhebliche Residuen von Epithelkörperblutungen ließen sich in zwei Fällen mit tetanoiden Krämpfen nachweisen. Epithelkörperblutungen fanden sich ferner bei vier unter Konvulsionen verstorbenen Neugeborenen, in drei anderen Fällen mit eigenartigen Krämpfen und zwei Fällen mit erhöhtem Muskeltonus. „Die Blutungen in die Epithelkörperchen schädigen die der Entgiftung des Organismus dienende Funktion derselben und erzeugen dadurch die Disposition zu tetanoiden Zuständen."
Spielmeyer (Freiburg).

Schirmer: Zur Innervation der Tränendrüse.
(Bericht über die 35. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft, Heidelberg 1908. Wiesbaden, Bergmann, 1909, S. 2.)

Schirmer hat die Tränenabsonderung einiger Fälle von alten Sympathikuslähmungen und von Resektionen des obersten Halsganglions, letztere vor und nach der Operation, qualitativ und quantitativ untersucht. Bei den alten Sympathikuslähmungen war die Sekretion absolut normal, dagegen ließ sich bei den Resektionsfällen in den ersten Wochen nach der Resektion eine Verminderung der Absonderung, in einem Fall sogar völliges Fehlen, feststellen. Nach Verlauf von einigen Wochen war die Absonderung wieder normal, wie sie es vor der Operation und auf der nicht operierten Seite war. Die bei der Operation vorgenommene elektrische Reizung des zentralen Endes des durchschnittenen Sympathikus hatte aber keine Sekretionsvermehrung zur Folge. Aus diesen Beobachtungen schließt Schirmer, daß der Sympathikus neben dem Fazialis die Tränendrüse innerviert und zwar als direkter Sekretionsnerv, nicht auf dem Umweg über die Gefäße. Demnach hätte die Tränendrüse analog den Speicheldrüsen eine Doppelversorgung vom Fazialis und vom Sympathikus, und zwar treten beide, der Fazialis jedoch mit dem größeren Anteil, als Sekretionsfasern in sie ein. Sympathikusreizung allein vermag keine Sekretion zu veranlassen, ebensowenig wie bei der Parotis, dagegen läßt Fazialislähmung hier wie dort die Absonderung völlig erlöschen. Brons (Dortmund).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

E. Lucka: Gedächtnis und Phantasie.

(Wissensch. Beilage z. 20. Jahr.-B. der Wiener Philosoph. Gesellsch.)

Ausgehend vom Satz W. James': „Wie zusammengesetzt auch immer ein Gegenstand sein mag, die Vorstellung davon ist ein ungeteilter Bewußtseinszustand", bespricht L. die Regeln der Vorstellungsreproduktion und versucht dabei nachzuweisen, daß die der Assoziation auf der Verwechslung von Gegenständen der Außenwelt mit psychischen Ereignissen beruhe. Dem Gedächtnis als dem Ideal vollkommener Wiederherstellung geschwundener Gebilde wirkt die Phantasie, die sich als mechanische oder als teleologische darstellt, entgegen. Die typische Phantasie des Künstlers unterscheidet sich von der typischen des Denkers. Immer aber ist das Schaffen der genialen Phantasie echte Neuschöpfung. Illusionen und Halluzinationen sind L. degenerierte Vorstellungen, die ein Bild mit solcher Wucht vor die Seele stellen, daß es für objektiv gehalten wird.

F. Kehrer (Freiburg i. B.).

V. Urbantschitsch: Über optische anschauliche Gedächtnisbilder.

(Wissensch. Beilage z. 20. Jahr.-Ber. d. Wiener Philosoph. Gesellsch.)

U., der früher wesentliche Unterschiede zwischen den nur vorgestellten und den anschaulichen optischen Gedächtnisbildern festgestellt hat, untersuchte den Einfluß verschiedener Reizwirkungen auf letztere. Neben einer Fülle von Einzeltatsachen fand er, daß wir im allgemeinen viel mehr Gesichtseindrücke aufnehmen, als uns bewußt ist, und daß unbewußte Gesichtseindrücke auch für solche Sehobjekte stattfinden können, die unser Auge auch bei angestrengter Aufmerksamkeit nicht zu erkennen vermag. F. Kehrer (Freiburg i. B.).

Organische Erkrankungen des Nervensystems.

G. Robinson: Decompression in choked disc.

(Ophthalmology Vol. V, Nr. 2, 1909, S. 179.)

40jähriger Mann erkrankte mit Kopfschmerzen und Erbrechen. Es bestand eine Lähmung beider Musc. recti externi sowie des linken Obliquus superior, nystagmusartige Zuckungen beim Blick nach rechts, geringer Exophthalmus rechts und Stauungspapille, rechts stärker als links. Die Reflexe waren rechts herabgesetzt, der Gang taumelnd mit Neigung nach der rechten Seite. Der Visus betrug rechts $^1/_5$ und links $^1/_3$ der Norm. Es wurde ein Tumor im Kleinhirn, wahrscheinlich in der rechten Hemisphäre angenommen, und eine Trepanation über der Okzipitalregion ausgeführt, derart, daß über jeder Seite eine Trepanöffnung angelegt und beide durch Entfernung der zwischenliegenden Knochenbrücke miteinander verbunden wurden. Dann wurde die Dura, die sich rechts sehr stark vorwölbte, inzidiert. Es entleerte sich rechts eine große Masse Liquor cerebrospinalis, während links nichts abfloß. Die Operation wurde gut vertragen; schon nach drei Tagen war der Patient frei von Kopfschmerzen, die Stauungspapillen gingen zurück ebenso wie die Lähmungserscheinungen. Nach vier Wochen befand sich der Mann vollkommen wohl, die Stauungspapille, die vor der Operation rechts + 7,0 Dioptrien, links weniger betragen hatte, war auf + 1—2 Dioptrien zurückgegangen. Der Visus hatte sich auf rechts $^1/_2$, links $^2/_3$ der Norm gehoben. Keine Lähmungserscheinungen mehr.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verf. ist mit Horsley der Ansicht, daß jeder Fall von Stauungspapille, auch wenn er nicht auf Tumor cerebri beruhe, einer Trepanation unterworfen werden müsse, um das Sehvermögen zu retten. Es sei unbedingt nötig, dabei auch die Dura zu inzidieren. Brons (Dortmund).

v. Michel: Über Veränderungen des Auges und seiner Adnexa bei angeborenem Neurofibrom der Gesichtshaut.

(Bericht über die 35. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg 1908. Wiesbaden, Bergmann 09, S. 6.)

Die einseitige angeborene Neurofibromatose der Gesichtshaut kann auftreten 1. als Rankenneurom, 2. als Fibroma molluscum, 3. als einseitige Gesichtshypertrophie. Die gemeinsame Grundlage aller Formen ist eine Bindegewebswucherung am Peri- und Endoneurium der Hautnerven von herdförmiger oder mehr diffuser Art. Zugleich besteht auch eine Bindegewebswucherung im kutanen und subkutanen Gewebe. Übergänge zwischen den drei klinischen Formen sind nicht selten. Gewöhnlich ist das Krankheitsbild, besonders bei der halbseitigen Gesichtshypertrophie, was Sitz und Ausdehnung des Prozesses anbelangt, ein sehr wechselndes. Die Erkrankung kann sich auf einzelne Teile der Gesichtshälfte beschränken, mit Vorliebe ist dann das Oberlid befallen, es können sich aber auch die Mundschleimhaut, die Tonsillen, die Zunge, die Zähne und die Alveolen der gleichen Seite beteiligen. Auch kann halbseitiger Riesenwuchs vorhanden sein. Außer dem Oberlid, das neurofibromatöse Verdickungen aufweist, können sich auch am Bulbus selbst Veränderungen abspielen. Es finden sich neurofibromatöse Knoten an den Skleralnerven unter der Bindehaut. Die auffälligste Erscheinung bildet aber der einseitige Buphthalmos. Nach v. Michel's Ansicht ist diese Erkrankung untrennbar mit der halbseitigen Gesichtshypertrophie verbunden, auch bei ausgesprochenem Rankenneurom kann ein Buphthalmos vorhanden sein.

v. Michel teilt vier Fälle von einseitigem Neurofibrom der Gesichtshaut mit, bei denen dreimal Buphthalmus vorhanden war, in allen drei Fällen bestand einseitige Gesichtshypertrophie. Im vierten Falle, der nur eine lappenartige Verdickung des Oberlides aufwies, beschränkte sich die Beteiligung des Bulbus auf einen neurofibromatösen Strang der Skleralbindehaut. Bezüglich der Entstehung der halbseitigen Gesichtshypertrophie stimmt Verf. der Ansicht von Cagiati bei, der sie im Sinne einer Mißbildung in die erste Fötalperiode verlegt und sie als eine Anomalie des ganzen Mesenchyms betrachtet.

Brons (Dortmund).

Bielschowsky: Über ungewöhnliche Erscheinungen bei Seelenblindheit.

(Bericht über die 35. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft, Heidelberg, 1908, Wiesbaden, Bergmann 1909, S. 174.)

Der früher gesunde 76jährige Patient wurde eines Morgens bewußtlos auf dem Sofa liegend gefunden. Er erholte sich zwar bald wieder, klagte jedoch darüber, daß er nicht mehr richtig sehen könne. Die Untersuchung ergab, daß bei ihm eine totale optische Asymbolie bestand, dabei konnte aber die Sehschärfe genau bestimmt werden, da der Kranke imstande war, einzelne Buchstaben und Zahlen zu erkennen. Rechts war voller Visus vorhanden, links nur $^2/_5$ infolge eines Astigmatismus, sonst waren die Augen völlig normal. Auch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gesichtsfelddefekte waren nicht nachweisbar, trotzdem bestand aber merkwürdigerweise eine Hemmung der peripheren Gesichtsfeldeindrücke, indem nämlich für gewöhnlich nur die jeweils auf der Netzhautmitte gelegenen Bilder ins Bewußtsein traten, periphere aber erst dann die Aufmerksamkeit erregten, wenn diese förmlich gewaltsam darauf hingelenkt wurde. Trotzdem hatte der Kranke selbst nie die Empfindung, als sähe er nur einen winzigen Abschnitt von seiner Umgebung, er umging auch Hindernisse ohne Zuhilfenahme des Tastsinns. Um so auffälliger war dem gegenüber die Tatsache, daß das fixierte Objekt unsichtbar wurde bei der geringsten zufälligen Schwankung der Blickrichtung; selbst große Objekte waren so zum Verschwinden zu bringen, auch gelang es dem Kranken dann nur selten, das verlorene Objekt (z. B. Flamme im Dunkelzimmer) wieder zu finden, selbst wenn er den ganzen Raum danach absuchte. Neben der, bei jedem Fall von Seelenblindheit vorhandenen, Orientierungsstörung in topographischer Hinsicht bestand auch eine höchst auffällige Störung der Tiefenlokalisation. Über die Lage der gesehenen Dinge zu seinem Körper hatte der Patient keine Vorstellung. Er ist in ähnlicher Lage wie ein Neugeborener, seine ganze Vorstellungswelt beschränkt sich auf das, was er mit den Händen greifen kann. Er lokalisiert daher alles zu nahe, und infolgedessen sieht er alle Dinge zu klein, z. B. erklärt er ein Fünfmarkstück für ein Fünfzigpfennigstück usw. Ferner hatte er die Empfindung, als bewegten sich die Objekte, wenn er danach greifen wollte. Schließlich bestand noch wie bei allen Seelenblinden amnestische Farbenblindheit. Brons (Dortmund).

Chance: Herpes zoster ophthalmicus with oculomotor paresis.

(College of physicians of Philadelphia, Section on ophthalm. 17. XII. 08, Bericht S. 4.)

Der Herpes betraf die ganze rechte Gesichtshälfte, die Parese den Musc. rectus internus und superior. Heilung. Brons (Dortmund).

Fleischer: Über zytologische Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit bei Augenkranken.

(Bericht über die 35. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft Heidelberg 1908. Wiesbaden. Bergmann 1909, S. 256.)

Fleischer hat 33 Fälle untersucht, von denen ein Teil auch durch Leber (Berlin) der Wassermann'schen Reaktion unterzogen wurde. Alle Fälle sicherer Lues und luesverdächtiger Erkrankungen ergaben tatsächlich Lymphozytose des Liquor cerebrospinalis. Aber in einer ganzen Reihe von Fällen, in denen kein Anhaltspunkt für Lues vorhanden war und von denen auch die größte Mehrzahl negativen Wassermann hatte, ist gleichfalls vermehrter Lymphozytengehalt des Liquor gefunden worden. Damit ist nach Fleischer die Unbrauchbarkeit der Zytodiagnostik für die Differentialdiagnose von luetischen Augenerkrankungen erwiesen, gleichzeitig aber auch die große Sicherheit der Wassermann'schen Reaktion von neuem bestätigt worden. Brons (Dortmund).

Best: Pathologische Veränderungen in der Sehsphäre des Gehirns bei zerebraler Erblindung.

(Bericht über die 35. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft, Heidelberg 1908. Wiesbaden, Bergmann 1909, S. 203.)

Eine Frau mit Spindelzellensarkom des linken Cuneus und Präcuneus wurde 14 Tage vor ihrem Tode völlig amaurotisch. Da die Untersuchung nur ganz

Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

leichte Neuritis optici feststellte, mußte eine zerebrale Erblindung angenommen werden. Die anatomische Untersuchung des Sehnerven ergab geringe Kernvermehrung und mäßige Glykogeninfiltration der Papille, sonst aber normale Verhältnisse, so daß die zerebrale Ursache der Erblindung sicher ist. In beiden Sehsphären fand sich nun diffuser Glykogengehalt der Hirnrinde und besonders starke Glykogeninfiltration der Gefäßscheiden. Grob anatomische Veränderungen fehlten. Um ev. Veränderungen der Nißlgranula in den Ganglienzellen nachweisen zu können, war die Sektion zu spät ausgeführt. Der pathologische Glykogengehalt zeigt nach Best an, daß die betr. Hirnpartien unter dem Einfluß einer vom Tumor ausgehenden Störung standen, die ihrerseits den Funktionsausfall verursacht hat. Brons (Dortmund).

A. Broden und J. Rodhain: Le liquide cephalorachidien dans la Trypanosomiase humaine.

(Le Névraxe X. 1909.)

Die Untersuchungen der Verfasser stützen sich auf etwa 500 Lumbalpunktionen an Schlafkranken im Kongostaat. Im Beginn der Erkrankung zeigt der Liquor spinalis keine Veränderungen, dann tritt eine Vermehrung der Lymphozyten ein (bis zu 1600 im mm^3 statt höchstens 5 unter normalen Verhältnissen werden angeführt), und gleichzeitig nimmt der Albumingehalt (bis zu 1‰) zu. In den letzten Stadien finden sich auch ungewöhnliche Zellformen.

Schröder (Breslau).

Marina (Triest): Gibt es Formes frustes oder rudimentäre Formen der muskulären Dystrophie (Erb) und ist deren Heilung möglich?

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 25).

Nach allgemeinen Betrachtungen über anomale Dystrophiefälle bespricht der Verfasser ein durch Schwäche, trophische Störungen und verminderte elektrische Erregbarkeit der Muskeln gekennzeichnetes Krankheitsbild mit Ausgang in Heilung. Müller (Dösen).

Jacobsohn: Über den Fingerbeugereflex.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 46.)

Analog dem Babinski ruft bei Hemiplegikern ein leichter Schlag auf das untere Ende des Radius eine Beugung der Finger hervor.

Müller (Dösen).

Csíky (Budapest): Über die Messung der Hypotonie.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 48.)

Die Hypotonie, oft ein wertvolles Frühsymptom der Tabes, kann man nach Csíky exakt messen durch Vergleichung der Höhen der Vertebra prominens und des Trochanter major vom Fußboden ab bei möglichst stark gebeugtem Oberkörper. Mit Fortschreiten der Tabes soll auch die Hypotonie oft in meßbarem Grade zunehmen. Müller (Dösen).

Liepmann: Relative Eupraxie bei Rechtsgelähmten.

(Deutsche medizin. Wochenschrift 1908, Nr. 34.)

Der Verfasser, angeregt durch Semi Meyers Artikel in Nr. 26, erörtert die Erscheinung, daß Apraktische oft eine komplexe Handlung mit gegebenem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ziel besser ausführen können als eine bestimmte einzelne Teilbewegung, und bespricht den Unterschied in der Wirkung der Hirnherde, je nachdem sie der Rinde nahe oder ferne liegen. Müller (Dösen).

Pfahl: Erfahrungen über Verletzungen durch Blitz und Elektrizität.
(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 29.)

In den neun Fällen hatten Augen- und Nervensystem die stärksten Schädigungen erlitten; die nervösen Störungen waren teils organisch, teils funktionell, und zogen das Interesse besonders auf sich. Pfahl rät, in jedem derartigen Fall möglichst frühzeitig eine spezialärztliche Augenuntersuchung vornehmen zu lassen. Müller (Dösen).

Rodenwaldt: Die Wirkung des Starkstroms auf den tierischen Körper.
(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 46.)

Grundsätze für die Messung der wirksamen Kraft eines den tierischen Körper treffenden elektrischen Stromes. Der Tod wird nach Rodenwaldt's Ansicht durch Schädigung nicht des Zentralnervensystems, sondern des Herzens bedingt. Die Angaben anderer Autoren über anatomische Gehirnveränderungen bezweifelt er. Müller (Dösen).

E. A. Shumway: Postneuritic optic atrophy in syringomyelia.
(College of physicians of Philadelphia, section on ophthalmology. 21. I. 1909. Originalbericht S. 5.)

26jährige Frau leidet seit 8 Jahren an Syringomyelie, seit 3 Jahren ist sie blind. Die Untersuchung ergab postneuritische Atrophie beider Sehnerven. Außer den gewöhnlichen motorischen und sensorischen Symptomen an den Extremitäten und der Brust bestanden Zeichen dafür, daß der Prozeß sich auch auf Medulla und Pons ausgedehnt hatte, so waren vorhanden: Hemiatrophie der Zunge mit Deviation nach der atrophischen Seite, Parese des Musc. rectus externus des rechten Auges und Hemiatrophie des Gesichts mit sensiblen Veränderungen. Letztere wird auf eine Läsion des Trigeminus bezogen, während die postneuritische (also wohl nach Stauungspapille entstandene. Ref.) Atrophia optici einem Hydrocephalus internus ihre Entstehung verdanke, wenigstens sei in früher beschriebenen Fällen von Saxer, Ballard und Thomas, sowie von Weisenburg und Thorington zweimal durch Autopsie diese Ursache festgestellt worden. Von diesen Autoren sind insgesamt vier Fälle dieser seltenen Begleiterscheinung der Syringomyelie mitgeteilt. Brons (Dortmund).

Schieck: Akute retrobulbäre Neuritis bei Myelitis.
(Ber. über die 35. Vers. der Ophthalm. Ges. Heidelberg 1908. Wiesbaden, Bergmann 1909, S. 359)

Eine 52jährige Frau erblindet im Februar 1907 links an akuter retrobulbärer Neuritis. Dezember 1907 setzte die gleiche Erkrankung auch rechts ein, nach etwa drei Wochen machten sich Schmerzen im Rücken, Lähmung des linken Beins und Incontinentia urinae et alvi geltend. Aus dem Darm erfolgten blutige, später jauchige Stühle. Nach fünf Wochen Exitus. Bei der Sektion fand sich ein myelitischer Herd an der Grenze des unteren Halsmarks

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und des oberen Brustmarks. Während der linksseitige Opticus ganz atrophisch war, zeigte der Querschnitt des rechten herdförmige Degenerationen, als deren primäre Ursache hochgradige Entzündung des interstitiellen Bindegewebes angesehen werden mußte. Brons (Dortmund).

Schuster: Demonstration eines mikroskopischen Präparates zur Frage des Pupillenreflexes.

(Ber. über die 35. Vers. der ophthalm. Ges. Heidelberg 1908. Wiesbaden, Bergmann 1909, S. 333.)

Das Präparat ist einem mit Silber nach Bielschowsky imprägnierten Hirnstamm eines neugeborenen Kaninchens entnommen und von Edinger angefertigt. Man erkennt in ihm in den grauen Massen, welche unter der Sehnervenendigung am Vierhügel liegen und bis in die Okulomotoriuskerne hineinreichen, ein Fasernetz von so großer Reichhaltigkeit und Dichte, wie es bisher nicht vermutet werden konnte. Es dürfte zweifellos ausreichen für alle möglichen Übertragungen vom Optikus zum Okulomotoriusgebiet, und für eine Vermittlung des Pupillenreflexes, wie sie Edinger schon früher für wahrscheinlich gehalten hatte. Brons (Dortmund).

H. Vogt: Zur Diagnostik der tuberösen Sklerose.

(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns 1908, Nr. 1.)

Bei der tuberösen Hirnsklerose finden sich sehr häufig Tumoren an Nieren, Herz und Haut, welche von Entwicklungsstörungen herrühren und demnach den Gehirnveränderungen nahe stehen. Die Hautgeschwülste (Adenoma sebaceum) können ein wertvolles Signal für die Diagnostik sein, da die Krankheit klinisch sonst nur durch gewisse, wenig charakteristische Eigentümlichkeiten des Verlaufs gekennzeichnet ist. Vogt's Studien über die tuberöse Sklerose bedeuten einen weiteren Schritt in den wichtigen Bestrebungen, einzelne Krankheitsformen aus dem großen Gemisch der „Idiotie" abzugrenzen. Müller (Dösen).

Ranke: Über Gehirnveränderungen bei der angeborenen Syphilis.

(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns 1908, Nr. 1—3.)

Ranke hat sich die Aufgabe gestellt, die Idiotieforschung durch Untersuchung eines großen Materials von normalen und pathologischen Fötalgehirnen zu fördern und bringt zunächst die Ergebnisse an 12 luetischen Föten. Die sorgfältigen Beobachtungen erstrecken sich auf jede einzelne Zellart und auf alle Gewebe des Gehirns nebst der Pia. Die Spirochäten verbreiten sich danach von den Piagefäßen über die Pia und auf verschiedenen Wegen ins Gehirn, sie erzeugen überall Veränderungen progressiver oder regressiver Art. Manche Befunde freilich führt Ranke nicht auf die Spirochäteninfektion, sondern auf Entwicklungsstörungen zurück, und in drei Fällen, deren Gehirn keine Spirochäten aufwies, vermutet er sekundäre Erkrankung infolge von Lues anderer Organe. Sehr interessant sind Vergleiche zwischen den verschiedenen Altersstufen: was für gewisse Entwicklungsstadien normal ist, kann für jüngere oder spätere pathologisch sein. Im Gegensatz zum Erwachsenen breiten sich beim Fötus die Infiltrate der Plasma- und Mastzellen über die Adventitialscheide frei ins Hirngewebe aus. Zum Schluß wird auf die Unterschiede gegenüber Trypanosomenkrankheiten (Schlafkrankheit) hingewiesen. Müller (Dösen).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Igersheimer: Experimentelle Studien über die Wirkung des Atoxyls auf das Auge.

(Bericht über die 35. Vers. der ophthalm. Ges. Heidelberg 1908. Wiesbaden, Bergmann 1909, p. 242.)

Den Neurologen interessieren nur die Ergebnisse der subkutanen Atoxylinjektionen bei Hunden und Katzen. Erstere zeigten wenig Allgemeinerscheinungen, sondern gingen unter plötzlicher Apathie und Temperatursturz ein. Dosen: 5 cg, steigend auf 10 und 20 cg. Bei den Katzen wurde eine Reihe nervöser Symptome ausgelöst; die Bewegungen werden langsamer, die Tiere räkeln sich, bald tritt eine Ataxie hinzu, die in ein spastisches Stadium übergeht, und den Beschluß bilden spastische Paraparesen. Der Kopf blieb frei, Sensibilitäts- und Inkontinenzerscheinungen nicht beobachtet. Pupillenanomalien waren selten, nur bei einer Katze trat Miosis ein, die später von Mydriasis und Lichtstarre abgelöst wurde, um später wieder in extreme Miosis überzugehen. Der ophthalmoskopische Befund war stets negativ. Trotzdem fanden sich sowohl in der Netzhaut wie im Sehnerven pathologisch-histologische Veränderungen, die bei ersterer in Degeneration der Ganglienzellen, bei letzterem in der von Schreiber so genannten Marchi-Reaktion, einem Vorstadium der Degeneration, bestanden. Es waren nämlich die normalerweise braungefärbten Markscheiden intensiv schwarz gefärbt. Auch im Gehirn und Rückenmark, besonders im Thalamus, aber auch im Corp. genic. ext., den vorderen Vierhügeln und der Hirnrinde des Cuneus fanden sich schwere Zellveränderungen, die vor allem den Kern betrafen. An den peripheren Nerven wurde mit Hilfe der Marchi-Methode an Okulomotorius, Medianus und Ischiadikus mäßige Degeneration festgestellt. I. glaubt, daß primär das Nervensystem angegriffen würde und von da aus eine absteigende Degeneration der einzelnen Nerven einträte, es sei aber auch denkbar, daß es sich bei der Vergiftung der Gehirn- und Rückenmarkszellen einerseits und der retinalen Zellen andererseits um koordinierte Prozesse handele.

Brons (Dortmund).

E. v. Hippel: Über die Palliativtrepanation bei Stauungspapille.

(Bericht über die 35. Vers. der ophthalm. Ges. Heidelberg 1908. Wiesbaden, Bergmann 1909, und v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie Bd. LXIX, Heft 2, S. 290.)

Ein von ihm beobachteter, unglücklich durch sekundäre Infektion des Hirnprolapses verlaufener Fall von Palliativtrepanation bei Stauungspapille infolge Kleinhirntumors (offene Wundbehandlung) gab dem Verf. Veranlassung, auf Grund der Literatur die Frage nach der Berechtigung dieser Operation bei Stauungspapille zu prüfen, sowie die beste Methode ausfindig zu machen. Er kommt zu folgenden Resultaten: Die Palliativtrepanation bringt in der Mehrzahl der Fälle die Stauungspapille zur Rückbildung und zwar für längere Zeit oder gar für die Dauer. Die Aussichten, das Sehvermögen zu erhalten resp. zu bessern sind günstige, wenn zu einer Zeit operiert wird, wo das Sehvermögen im praktischen Sinne noch brauchbar ist. Sehr gering sind die Aussichten, wenn es bereits praktisch unbrauchbar ist, und nahezu absolut ungünstig, wenn völlige oder fast völlige Erblindung schon längere Zeit besteht. Es ist deshalb notwendig, früh zu operieren. Unter den mit Tumorsymptomen Erkrankten ist eine nicht unbeträchtliche Zahl von Fällen, bei denen kein Tumor vorhanden ist (chronischer Hydrozephalus, Pseudotumor [Nonne] Gehirnschwellung, Meningitis serosa). Bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diesen kann die rechtzeitige Operation zu dauernder vollständiger Heilung führen, während bei zu später oder unterlassener Operation sonst völlige Heilung, aber Erblindung eintreten kann. Auch die Lebensdauer der Frühoperierten ist eine solche, daß sie die Operation zu einer durchaus lohnenden macht, besonders auch im Hinblick auf die Tatsache, daß durch sie sonstige Hirndruckerscheinungen: Erbrechen, Kopfschmerzen usw. beseitigt werden. Die Gefahr der Operation kann durch eine Reihe zweckmäßiger Vorsichtsmaßregeln erheblich vermindert werden. Als solche gelten: Chloroformnarkose, zweizeitige Operation, Kokainisierung der Dura vor ihrer Spaltung, Vermeidung brüsker Entleerung des Liquor cerebrospinalis. Sofortiger Verschluß der Wunde durch Weichteilnaht. Vermeidung von Hammer und Meißel. Vermeidung der osteoplastischen Methode, dafür einfache Trepanation mit völliger Beseitigung des Knochens. Die Eröffnung der Dura ist in den meisten Fällen nötig. Die Wahl des Ortes der Trepanation ist durch eventuelle Lokalisation gegeben, fehlt eine solche, so ist die Scheitelgegend zu wählen. Der bei Hirntumoren entstehende Prolaps ist zur Erreichung des Zweckes notwendig, er soll daher nicht bekämpft, wohl aber seine unbeschränkte Entwicklung verhindert werden. Das geschieht am besten durch möglichst feste Weichteilnaht, ev. ist nach Harvey Cushing die Trepanationsöffnung unter den Musc. temporalis zu legen. Die Lumbalpunktion ist bei Tumor oder Verdacht auf solchen, besonders der hinteren Schädelgrube, zu unterlassen. Die Ventrikelpunktion kann durch vorübergehende Druckentlastung günstig, bei Meningitis serosa direkt heilend wirken. Zum Schlusse geht Verf. noch auf die Pathogenese der Stauungspapille ein. Er glaubt, daß man in dem gesteigerten intrakraniellen Druck und der dadurch bedingten Blut- und Lymphstauung ganz allgemein die primäre Ursache der Stauungspapille erblicken müsse, ohne deshalb anzunehmen, daß derselbe immer in genau der gleichen Weise seine Wirkung entfalten müsse. Brons (Dortmund).

G. B. Hassin (Chicago): Acute (hemorrhagic) encephalitis with report of cases.

(Medical Record 1909, Bd. LXXV, Nr. 6.)

Vier eigene Beobachtungen von Fällen nichteitriger Enzephalitis, auf die wegen der Seltenheit hier hingewiesen werden möge. Ein einheitliches Krankheitsbild boten sie nicht. Das Leiden setzte mit Erbrechen, Kopfschmerzen und hohem Fieber ein, wenige Tage darauf kamen Aphasie und halbseitige Lähmung hinzu, und unter Koma trat der Tod ein (in einem Fall der Ausgang nicht bekannt). In drei Fällen war eine Influenza vorausgegangen; das Gehirnleiden hatte aber erst einige Zeit eingesetzt, nachdem der Kranke sichtlich von jener genesen war. Verf. möchte sodann in ätiologischer Hinsicht Gewicht gelegt wissen auf einen Schrecken, bzw. eine Gemütserregung, die dem Ausbruch der Enzephalitis unmittelbar voranging. In einem Falle war es die Aufregung infolge einer Operation, in einem anderen (Arzt) der Schreck über ein unvermutet beobachtetes Ödem der Füße, und in dem dritten ein solcher über einen Hund, der das Kind anfiel. Er erinnert daran, daß auch Sachs und Oppenheim in ihren Fällen auf vorausgegangenen Schreck aufmerksam machen. — Gegen Meningitis sprach in den vorliegenden Fällen das Fehlen darauf bezüglicher ätiologischer Momente; Ohr, Herz, Augen erwiesen sich als vollständig gesund, ein Trauma war nicht vorausgegangen, im übrigen auch keine andere Infektionskrankheit.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nackensteifigkeit fehlte in sämtlichen vier Fällen (war höchstens zeitweilig nur angedeutet). Worauf Verf. in diagnostischer Hinsicht Gewicht legt, ist die Aphasie mit Lähmung. Die Diagnose auf hämorrhagische Enzephalitis wurde in dem ersten Falle durch die Sektion bestätigt. Buschan (Stettin).

G. Herbert Williams (Fishkill-Hudson, N. Y.): Fracture and dislocation of the neck, at the sixth cervical vertebra, in a man of 60; recovery.

(Medical Record 1908, Bd. LXXIV, Nr. 19 v. 7 Nov.)

60jähriger Mann fällt sechs Fuß herab direkt auf den Kopf und zieht sich einen Bruch und eine Luxation des sechsten Halswirbels zu. Ungefähr sechs Stunden darauf stellte Verf. eine komplette Lähmung der Motilität und Sensibilität von dem Schlüsselbein abwärts fest; das Zwerchfell war der einzige Atmungsmuskel, der noch funktionierte; sonst vermochte der Verletzte keinen Muskel vom Halse abwärts zu bewegen. Im Hospital gelang es durch Zug und Druck den luxierten Wirbel wieder an die richtige Stelle zu bringen, ein Knacks — und der Kranke war sofort imstande, seinen linken Arm aufwärts und an den Körper heran zu bewegen. Eine halbe Stunde später konnte er auch mit seinem rechten Arm und Bein alle Bewegungen wieder ausführen; ebenso hatte er die Sensibilität in diesen Teilen wieder erhalten. Im linken Arm kehrte dieselbe erst nach zwei Tagen zurück, gleichzeitig aber wurde hier die Motilität wiederum schlechter. Außerdem bestand Retentio urinae et alvi. Im weiteren Verlauf der Krankheit besserten sich allmählich alle Erscheinungen, nur der linke Arm wurde immer schlechter, besonders an der Partie unterhalb des Ellbogens. Trotz Massage und Elektrizität wurde er graduell mehr atrophisch, bis die Hand und der Vorderarm das Aussehen einer progressiven Muskelatrophie darboten. Zur Zeit der Berichterstattung (nach ziemlich einem Jahre) sind die Finger und der Arm noch steif, und das ganze Glied ist noch sehr in der Bewegung beschränkt. Dagegen ist der Kranke imstande umherzugehen und seine übrigen Glieder zu gebrauchen; es besteht noch eine gewisse Schwäche der Blasenmuskulatur. Jedoch zeigen die Symptome immer noch Neigung sich zurückzubilden. Buschan (Stettin).

J. D. Rolleston: Diphteritic Paralysis.

(The Practitioner, Jan. 1909.)

R. hat an einem Material von 1500 Diphtheriekranken Untersuchungen über die dabei auftretenden Lähmungen angestellt, die bei der Rachendiphtherie in 22,3 % der Fälle auftraten (von den schwersten Formen in 71,1 %). Die Kniereflexe waren bei 59,2 der schwersten, bei 7 % der leichten Formen erloschen, bei 18,5 resp. 13,9 % herabgesetzt. Durchschnittlich geringere Prozentzahlen fanden sich für die Achillesreflexe. Schwere Lähmungen waren bei Erwachsenen selten, dafür waren bei diesen die Symptome (sensible Störungen!) mannigfacher. Durchschnittlich trat die Gaumenlähmung in der dritten, die Augenmuskellähmung in der vierten bis fünften, die Pharynx- und Diaphragmalähmung in der fünften bis sechsten Woche auf. Zuletzt kamen sensible Störungen, Parästhesien, Vasomotorenlähmung; eigentlich nie aber wurden psychische Störungen beobachtet. Unter 58 Todesfällen an Lähmung kamen 55 auf Herz-, drei auf Diaphragmalähmung. F. Kehrer (Freiburg i. Br.).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Erstes Juliheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Kgl. Universität in Padua (Prof. E. Belmondo).

Über das gerinnende Vermögen des Blutserums der Epileptiker.

Eine Erwiderung von **D. C. Besta,** Privatdozent und Primärarzt.

In Nummer 7, Band 26, Seite 316 des Neurologischen Zentralblattes findet sich ein kurzes Referat meines Aufsatzes: „Über das gerinnende Vermögen des Blutserums der Epileptiker" (Riforma Medica, Jahrgang XXII, Nr. 43). Dieses Referat wurde aus dem Französischen (aus der Revue Neurologique) übersetzt, aber der Übersetzer ist in einen Fehler verfallen, welcher die Ergebnisse meiner Untersuchungen vollständig entstellt, so daß mir daran liegt, diesen Fehler zu widerlegen.

Das Referat lautet so: „Bei Epileptikern ist das Fibrinferment des Blutes stark vermindert. Da dasselbe aber eine starke Wärmemenge besitzt, so vermag diese, da vermindert, beim Epileptiker nicht den gewöhnlichen besänftigenden Einfluß auf die Nervenzellen auszuüben. Die Veränderung des Blutserums bei Epilepsie scheint demnach, dank der Wärmeverminderung, die notwendige Bedingung zur Erzeugung der Krämpfe zu sein. Es handelt sich alsdann um abnorme Reaktionen seitens des Kortex auf die Wärmeherabsetzung." Der Übersetzer hat die ähnlich lautenden Worte chaux (Kalzium) mit chaud (Wärme) verwechselt; durch diese falsche Übersetzung ist das Kalzium, welches (nach den Untersuchungen von Pekelharing, Carbone usw.) im Fibrinfermente enthalten ist, und welches die spezifische Eigenschaft besitzt, einen besänftigenden Einfluß auf die Nervenzellen auszuüben, Wärme geworden!! . . . Meine Untersuchungen werden durch diesen Fehler durchaus sinnlos und unverständlich.

Ich will aber bemerken, daß, abgesehen von der Richtigstellung des Übersetzungsfehlers, das Referat meiner Arbeit ganz ungenau ist (woran natürlich der Schreiber des französischen Referats die Schuld trägt).

Es ist vor allem nicht richtig, von chaux (Kalk) statt Kalzium zu sprechen; auch habe ich nicht behauptet, daß das Fibrinferment in dem Blutserum der Epileptiker immer stark vermindert sei; ich habe mich darauf beschränkt zu sagen, daß ich es unter 45 Kranken bei 8 normal, bei den übrigen regelmäßig, aber von Fall zu Fall ungleich, vermindert gefunden habe.

Ebenso lag es mir fern zu behaupten, daß die Verminderung des Fibrinferments notwendigerweise die Krampfanfälle hervorrufen müsse, noch weniger, daß dieselben als eine Rindenreizung infolge der Verminderung des zirkulierenden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kalziums zu betrachten seien. Ich habe lediglich der Möglichkeit Raum gegeben, daß die Krampfzustände eine gewisse Beziehung zu der Veränderung der Blutsusammensetzung haben, welche sich in der Herabsetzung des Fibrinferments zeigt.

So wenig habe ich etwas Entschiedenes behauptet, daß ich selber erwähnte, wie Sabbatani einen besonderen Wert auf das in den Zellen der Rinde enthaltene Kalzium legt, und erklärt, daß neue und eingehendere Untersuchungen notwendig seien, um die Frage zu lösen.

Ich hätte diese Rechtfertigung nicht geschrieben (das Referat war mir entgangen), wenn nicht Kauffmann in seiner jüngst erschienenen Arbeit über die Epilepsie (Kauffmann, Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen. Zweiter Teil: Die Epilepsie. Jena 1908) das Referat mit dem Übersetzungsfehler abgeschrieben und mit Ausrufungszeichen und sonstigen schmeichelhaften Bemerkungen versehen hätte.

Ein eigentümlicher Irrtum, welcher Kauffmann selbst untergelaufen ist, darf nicht unerwähnt bleiben.

Außer dem Referat meines Aufsatzes finden sich an der gleichen Stelle die Berichte über zwei andere Arbeiten, die eine von Ceni, die andere auch von mir. Zuerst kommen die einzelnen Titel der Arbeiten in folgender Weise:

I. Blutserum der Epileptiker von C. Ceni,

II. Blutserum der Epileptiker von C. Besta,

III. Blutdruck, Puls und Temperatur der Epileptiker von C. Besta,

und dann einzeln das Referat auf Grund der Bezeichnung, ad I, ad II, ad III.

Kauffmann aber schreibt alle diese drei Arbeiten Ceni zu: er behauptet auf Grund ich weiß nicht welcher Daten, daß sie das Ergebnis von Ceni's Ansichten über die Pathogenesis der Epilepsie seien; er verurteilt ihn scharf, indem er die Resultate meiner Untersuchungen (welche er Ceni zuschreibt) als phantastisch bezeichnet.

Wenn ich den durch die schlechte Übersetzung entstandenen Irrtum berücksichtige, welcher mich so sonderbare Ansichten äußern läßt, so kann ich ihm nicht einmal Unrecht geben.

Ich will aber mein Erstaunen nicht darüber verhehlen, daß ein Autor wie Kauffmann, der mit so vieler Strenge die Ansichten anderer Forscher beurteilt, so schnell und flüchtig verfährt, indem er die Arbeiten verschiedener Autoren verwechselt: und um so merkwürdiger finde ich, daß er, um von einem wissenschaftlichen Subjekt Kenntnis zu nehmen, sich darauf beschränkt, ein Referat zu lesen, welches in wenigen Zeilen die Resultate langer und sorgfältiger Untersuchungen zusammenfaßt.

Ich habe oben gezeigt, wie, abgesehen von dem Übersetzungsfehler, meine Arbeit nicht richtig wiedergegeben ist und wie das Referat mir Behauptungen zuschrieb, die ich nicht gemacht hatte.

Dasselbe gilt von dem anderen Referat.

Die Ergebnisse meiner Untersuchungen sind mangelhaft und unrichtig auseinandergesetzt. Das grundlegendste Ergebnis meiner Untersuchungen, daß der Blutdruck, die Temperatur und die Zahl der Pulsationen sogar im Laufe eines Tages starken Schwankungen unterworfen sind, ist nicht einmal angedeutet.

Die gleichen Ungenauigkeiten könnte ich auch bei dem Bericht von Ceni's Arbeit (welche ich sehr wohl kenne) anführen. Kauffmann erlaubt sich zu leicht eine vernichtende Kritik von Arbeiten, welche er nicht kennt; aber sein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wissenschaftlicher Ernst geht daraus nicht hervor. Und man könnte fast bezweifeln, daß er in gutem Glauben handelt, wenn man die flüchtige Art und die Leichtfertigkeit berücksichtigt, mit welcher er Autoren, welche ihm nicht zusagen, abfindet.

Es kommt mir nicht zu und ich habe nicht die Absicht, für diesen oder jenen Partei zu nehmen; ein anderer würde es vielleicht an anderem Orte tun, wenn er findet, daß dies der Mühe wert sei. Doch kann ich nicht unterlassen zu bemerken, daß Kauffmann, welcher so hart gegen die Ansichten Ceni's auftritt, sich beschränkt, zwei Arbeiten, welche die Meinungen dieses Autors bestreiten, zu erwähnen, hingegen diejenigen außer Betracht läßt, welche mehr oder weniger mit ihm übereinstimmen.

Ich beschränke mich, daran zu erinnern, daß tatsächliche Heilerfolge des Serums von Guidi[1]), Wende[2]), Mazzei[3]), Tiengo[4]), Gerhartz[5]) erzielt wurden, und daß die spezifisch toxischen Wirkungen von Catola[6]), Wende[7]), Tiengo[8]), Dide[9]), De Buck[10]) mehr oder weniger vollständig bestätigt worden sind; also von einer hinreichend großen Anzahl von Beobachtern, um zu beweisen, daß auf die Tatsachen, die Ceni beobachtet hat, nicht der geringste Zweifel fallen kann. Über die Theorien läßt sich streiten, doch nur nach genauer Kenntnisnahme der Beobachtungen, die denselben zugrunde liegen.

II. Vereinsbericht.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Köln und Bonn am 23. und 24. April 1909.

Bericht von **Dr. Lilienstein**, Bad Nauheim.

Der Vorsitzende Moeli (Berlin) berichtet über die Vorbereitung zum Internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke in Berlin 1910 im Auftrag des hierzu auf der vorjährigen Versammlung ernannten Komitees. Es wird beschlossen, die Jahressitzung des Vereins 1910 ausfallen zu lassen.

Kreuser (Winnenthal) erstattet den Kassenbericht. Auf seinen Antrag wird beschlossen, 5 M. Beitrag 1909 und 1910 zu erheben, den Beitrag zur Laehr-Stiftung 1909 und 1910 ausfallen zu lassen, und für die Zwecke des Internationalen Kongresses 1000 M. zu bewilligen.

---

[1]) Anali dell' Istituto Psichiatrico di Roma, 1901/02.
[2]) Psych.-Neurol. Wochenschrift, Nr. 35—36, 1903.
[3]) Riforma Medica, 1904, Nr. 16.
[4]) Rivista Sperimentale di Freniatria, Bd. XXX, 1904.
[5]) Neurologisches Zentralblatt, 1904, Nr. 18.
[6]) Rivista di Patologia Nervosa e Mentale, 1903, Bd. VIII.
[7]) l. c.
[8]) l. c.
[9]) Etudes cytologiques, bacteriologiques etc. du sang chez les alienés. Lille 1906.
[10]) Bulletin de la Societé de Médecine mentale de Belgique, 1907, Nr. 131, 132, 133.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fischer (Wisloch) beantragt die Veröffentlichung der Gehaltsverhältnisse aller Anstalten durch die wirtschaftliche Kommission des Vereins.

Von Bresler (Lublinitz) ist brieflich der Antrag eingegangen, eine Sammlung von Gegenständen, die für die Geschichte der Psychiatrie allgemein kulturgeschichtliche Bedeutung haben (Zwangsmittel usw.) in die Wege zu leiten und dem Germanischen Museum in Nürnberg zu überweisen. Es wird beschlossen, zunächst die aus Anlaß des Internationalen Kongresses stattfindende Ausstellung ähnlicher Art zu fördern und dann eine Fortführung der Sammlung ins Auge zu fassen. Dem Beschluß der 39. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte (7. November 1908) betreffend den Entwurf des badischen Irrengesetzes über die gesetzliche Regelung des Aufnahmeverfahrens (Hoche-Freiburg) wird zugestimmt.

Als Referatthema war voriges Jahr die Lues-Paralysefrage festgesetzt worden. Der erste Referent **F. Plaut** (München) kommt zu folgenden Schlußsätzen: 1. Ohne vorausgegangene Syphilis gibt es keine Paralyse. 2. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß, während der paralytische Prozeß sich abspielt, noch tätiges Virus im Körper vorhanden ist, daß somit die Paralytiker Spirochätenträger sind. 3. Für die Annahme einer Syphilis à virus nerveux fehlen genügende Anhaltspunkte. 4. Die Tatsache, daß fast konstant die Syphilis bei später an Paralyse Erkrankenden auffallend milde verläuft, legt den Gedanken nahe, daß eine Vorbedingung zur Erkrankung in einem bereits in der Anlage begründeten, abnormen Abwehrmechanismus gegenüber dem Syphiliserreger gegeben sein könnte. 5. Die Versuche, zwischen Heredität bzw. Degeneration und Disposition zur Erkrankung an Paralyse Beziehungen herzustellen, haben bisher nicht zur Aufstellung einer befriedigenden Formel geführt; insbesondere erscheint es fraglich, ob man überhaupt mit einer eigentlichen Gehirndisposition zu rechnen hat. 6. Den exogenen Einflüssen (Alkoholismus, Trauma, funktionelle Überanstrengung des Zentralnervensystems usw.) kommt aller Wahrscheinlichkeit nach keine essentielle Einwirkung zu, sondern sie spielen nur die Rolle unterstützender Schädigungen insoweit, als sie eine Herabsetzung der körperlichen und psychischen Widerstandsfähigkeit herbeiführen. 7. Die Verschiedenheit, welche die syphilitischen Produkte in den einzelnen Stadien aufweisen, scheint nicht auf Qualitätsdifferenzen der Spirochäten, sondern auf eine sich allmählich vollziehende Veränderung der Reaktionsweise des Infizierten, „Umstimmung", zurückzuführen zu sein. Da diese Umstimmung bereits bei einem nur kleinen Prozentsatz zum Tertiarismus führt, und da eine weitere Phase der Umstimmung für die Paralyse in Frage kommen könnte, ist es nicht verwunderlich, daß nur eine so geringe Zahl von Syphilitikern paralytisch wird. 8. Eine Reihe von Erwägungen macht es wahrscheinlich, daß der Manifestation der Paralyse vorbereitende, chronisch syphilitische Prozesse voraufgehen; darüber, ob deren Lokalisation im Zentralorgan oder an einer anderen Stelle zu suchen ist, kann vorläufig kein Urteil abgegeben werden. Das Verstreichen eines langen Zeitraumes zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse findet vielleicht hierin seine Erklärung. 9. Aus der Wirkungslosigkeit des Quecksilbers bei der Paralyse kann gegen deren Zusammenhang mit der Syphilis deshalb nichts gefolgert werden, weil wir über die pharmakologische Wirkung des Quecksilbers nichts wissen. 10. Für die Entscheidung der Frage, ob die paralytischen Veränderungen als solche syphilitischer Natur sind, müssen wir uns, vorläufig wenigstens, dem Urteil des Anatomen unterwerfen. 11. Die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ergebnisse der serodiagnostischen Untersuchungen lassen einen sehr engen Zusammenhang zwischen Paralyse und Lues vermuten; da jedoch gegenwärtig keine sichere Beurteilung der biologischen Stellung der reagierenden Substanzen möglich ist, bleibt es abzuwarten, ob von dieser Seite aus eine endgültige Klärung herbeigeführt werden kann.

Diskussion:

Hübner (Bonn) hat eine große Zahl von Paralitikern gemeinsam mit Förster untersucht und die serologischen Untersuchungen an den Instituten in Berlin (Wassermann) und in Frankfurt a. M. (Ehrlich) vornehmen lassen. Bei 38 Gesunden fand sich fünfmal positive Reaktion. Von diesen fünf Fällen zeigten noch mehrere Flecken ähnlich dem Leukoderm. Unter 96 Paralytikern ergab die Untersuchung in 92 Fällen ein positives Resultat. — Edel (Charlottenburg): Auf Grund der Erfahrungen, welche E. gemacht hat, stimmt er dem Satze zu, daß es keine Paralyse ohne vorausgegangene Lues gibt. Unter 65 Fällen von Paralyse, worunter acht Taboparalytiker sich befinden, haben alle einen positiven Blutserumbefund; nur ein Taboparalytiker ergab einen zweifelhaften Befund. Dabei muß betont werden, daß in ganz vereinzelten Fällen Paralytiker zuerst einen negativen Blutserumbefund zeigten, aber bei wiederholter Untersuchung stellte sich doch ein positiver Ausfall heraus. Der Zusammenhang der Lues mit der Paralyse kann nach E. ebenfalls mit größerer Sicherheit aus dem Blute als aus der Lumbalflüssigkeit geschlossen werden, denn in der letzteren wurde bisweilen ein negativer oder schwach positiver Befund festgestellt, während das Blutserum desselben Kranken einen stark positiven Ausfall zeigte. Dabei kann auch nicht hierfür etwaige Unwirksamkeit des verwandten Extraktes die Ursache sein, da das Blut und die Lumbalflüssigkeit an demselben Tage von demselben Kranken entnommen und mit demselben Extrakt (von Fritz Lesser) untersucht wurde. — Reich (Lichtenberg) erinnert daran, daß abgesehen von der Lues im Blut Stoffe vorhanden sein können, die die Reaktion liefern. Paralyse sei eine Allgemeinerkrankung und nicht nur eine Erkrankung des Gehirns. Es könne sich z. B. um eine Reaktion auf lipoide Stoffe handeln. — Selter (Bonn) weist auf die Wichtigkeit und Schwierigkeit der Methodik hin. Die Wassermann'sche Methode sei die zuverlässigste, trotz der ihr anhaftenden Mängel. Auch der Grad der Reaktion sei von Wichtigkeit. Eine starke Reaktion habe er bei fehlender Lues nie erhalten. Eine schwache Reaktion sei z. B. bei Karzinomfällen recht häufig. — Alt (Uchtspringe) fand in nahezu 100 % positive Resultate. Auch in der Lumbalflüssigkeit sei die Reaktion meist positiv. Die Wassermann'sche Reaktion verschwinde nach Verabreichung von Arsenpräparaten, von denen Ehrlich jetzt an Stelle des Atoxyls das Arsenophenylglyzin empfehle. Letzteres habe A. an großem Material geprüft. Es zeige keine schädlichen Nebenwirkungen. Quecksilberkuren werden wegen ihrer Wirkung auf die Nieren, die bei Paralyse meist nicht intakt seien, häufig schlecht vertragen. Auch die Ausscheidung des Lezithins (Hoppe) vermindere sich unter Arsenikgebrauch bei Paralyse. — Kraepelin (München) fragt, worauf P. seine Vermutung, daß die Paralytiker noch Spirochätenträger seien (sub 2), stütze. Wenn bei Naturvölkern das relativ moderne Krankheitsbild der Paralyse nicht beobachtet werde, so brauche das nicht an einer Veränderung des Hirns im Laufe der Zeit zu liegen. Auch die Völker machen Wandlungen durch. Ein wichtiger Fingerzeig sei auch darin

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gegeben, daß die Paralyse bei abstinenten Völkern so selten sei. Bei dem Naturvolk der Neger sei z. B. in den Vereinigten Staaten sowohl die Paralyse als der Alkoholismus verderblich wirksam. — Cramer (Göttingen) tritt dafür ein, daß der Satz „ohne Syphilis keine Paralyse" nicht als feststehend nach außen hin bezeichnet werden dürfe, auch wenn er durch die serologischen Forschungen eine neue Stütze erhalten habe. Es sei wichtig, immer wieder auch auf die auslösenden und unterstützenden Momente bei der Ätiologie der Paralyse hinzuweisen. Gerichtsentscheidungen usw. könnten durch solche allgemeinen Sätze beeinflußt werden, da das Publikum noch nicht genügendes Verständnis für solche Fragen habe. — Friedländer (Hohe Mark) bespricht die Versuche der Reinfektion an neun Paralytischen, die Krafft-Ebing auf dem Moskauer internationalen Kongreß erwähnt hat. Dieselben verliefen negativ. Andererseits sind sichere Fälle von Reinfektion von F. selbst, Neißer und Herxheimer in einem Zeitraum von vier bis zehn Jahren beobachtet worden. Eine Reinfektion ist möglich, auch wenn der Betreffende noch Spirochätenträger ist. Eine Wiederholung der erwähnten Versuche muß unter allen Umständen als gefährlich angesehen werden. F. schildert die Entrüstung über jene Versuche im Publikum und in der Presse Wiens. — Plaut (Schlußwort): Die Spezifität der Wassermann'schen Reaktion sei noch nicht völlig sichergestellt. Die Technik sei bei der Ausführung der Versuche von größter Wichtigkeit. Wassermann habe schon betont, daß zwischen luetischem Antigen und Spirochäten keine unbedingten Zusammenhänge bestehen, trotzdem sei das Wassermann'sche Verfahren mit Sicherheit eine biologische Reaktion. Die wäßrigen Extrakte seien besser als die alkoholischen. Vortr. weist auf die Uhlenhuth'schen Untersuchungen hin. Entgegen den Beobachtungen von Alt fand Vortr. einen erheblichen Unterschied in der Häufigkeit der Wassermann'schen Reaktion zwischen Blutserum und Spinalflüssigkeit. Besonders bei Lues der oberen Teile des Zentralnervensystems, also auch bei Paralyse ergebe die durch Lumbalpunktion erhaltene Spinalflüssigkeit negative Wassermann'sche Reaktion. Der Spirochätennachweis sei nichtso wichtig, weil er auch bei bestehender Lues häufig nicht möglich sei. Neißer habe bei früher luetischen Affen eine Reinfektion erzielt, ohne daß eine Reaktion an der Impfstelle in Form einer Initialsklerose aufgetreten sei. Der Unterschied in der Häufigkeit der Paralyse bei Männern und Frauen (1 : 6) findet sich ebenso bei der Lues (1 : 5) wie beim Alkoholismus (in Deutschland 1 : 8).

Korreferat von **O. Fischer** (Prag). Vortr. kommt zu folgenden Schlußsätzen: 1. Der Paralyse liegt eine histologisch wohlcharakterisierte Hirnveränderung zugrunde, doch darf die Diagnose nicht aus einzelnen der Veränderungen gestellt werden, sondern erst die Summe der gesamten hier bekannten Hirnveränderungen sichert die Diagnose. 2. Der histopathologische Prozeß ist ein Parenchymschwund, verbunden mit chronischer Entzündung, wobei eines vom anderen als unabhängig angesehen werden muß. 3. Für die Feststellung des klinischen Begriffes der Paralyse hat in erster Linie die Histopathologie zu dienen. 4. Vom klinischen Standpunkte kann man vier Unterarten der Paralyse unterscheiden: a) die gewöhnliche Paralyse, b) die Lissauer'sche oder Herdparalyse, c) die atypische Paralyse, d) die stationäre Paralyse. 5. Die progressive Paralyse kann vom anatomischen Standpunkt einstweilen nicht als eine direkt syphilitische Veränderung aufgefaßt werden.

Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Diskussion:

Sioli (Bonn) spricht gegen den Punkt 2 des Fischer'schen Resümees: Bei einem entzündlichen Prozeß, als welcher der paralytische von Fischer anerkannt wird, noch eine primäre Degeneration des Parenchyms, d. h. der Ganglienzellen, Achsenzylinder und Markscheiden anzunehmen, widerspricht allgemein pathologischen Prinzipien und entbehrt auch für das Gehirn der Begründung. Der Fischer'sche, zur Stütze eines Parenchymschwundes angeführte Satz, daß Neuroglia nur sekundär als Reaktion auf einem Gewebsschwund wuchert, hat keine allgemeine Gültigkeit, da es auch entzündliche Gliaveränderungen gibt und diese gerade bei der Paralyse eine Hauptrolle spielen. In einem Fall von Paralyse von nur sechswöchiger Krankheitsdauer sah S. in dem bekannten Bilde, das die anatomische Diagnose der Paralyse erlaubt, die ganz besonders starke entzündliche Veränderung der Glia und relativ geringe Ganglienzellenerkrankung. Solche Erfahrungen scheinen dafür zu sprechen, daß das anatomische Substrat der Paralyse ein Entzündungsprozeß ist, der von den Gefäßen seinen Ausgang nimmt, während die parenchymatösen Schädigungen rein sekundärer Art sind.

Alt (Uchtspringe [im Auftrage der Kommission für Idiotenforschung und -fürsorge]): Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranken in gemeinsamer Anstalt.

Durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 ist die Fürsorgepflicht der Landarmenverbände in Preußen erweitert worden, so daß seit 1890 (bis 1908) die Zahl der Fürsorgeberechtigten um das Dreifache anwuchs. Der Prozentsatz der jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten (unter 18 Jahren), stieg auf 15 % der Gesamtzahl gegenüber 8 % vor dem Erlaß. Als „geeignete Anstalten" im Sinne des Gesetzes konnten für die Jugendlichen die damals bestehenden öffentlichen Anstalten nicht angesehen werden; schon deshalb nicht, weil sie nicht über Elementarschuleinrichtungen verfügten, während jeder preußische Untertan im schulpflichtigen Alter Anrecht auf Ausbildung in den Elementarfächern hat. Privaten Wohltätigkeitsanstalten, die schon vorher für die Pflege dieser Krankenkategorie errichtet worden waren, wurden sie daher vorläufig noch unter Übernahme der Pflegekosten überlassen. Die öffentlichen Anstalten wurden nur für lästige Kranke in Anspruch genommen. Vom ärztlichen Standpunkt aus zeigten die privaten Wohltätigkeitsanstalten Mängel (keine vollwertigen, seminaristisch gebildeten Lehrkräfte, mangelhafte Hygiene, hohe Sterblichkeitsziffern, mangelhafte ärztliche Fürsorge). Die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Frankfurt a. M. forderte schon 1893 eine Änderung dieser Verhältnisse. Ein Ministerialerlaß vom 20. September 1895 unterstellt diese Anstalten der Beaufsichtigung psychiatrisch gebildeter Ärzte. Ein 1894 in der Rheinprovinz verhandelter Prozeß (Mellage) hat vielleicht zu diesem Erlaß beigetragen. Dieser Erlaß wurde für die jugendlichen Geisteskranken zum größten Teil wieder unwirksam gemacht durch einen Ergänzungserlaß vom 24. April 1896. Trotzdem entwickelten sich die ärztlich geleiteten öffentlichen Anstalten für jugendliche Geisteskranke: Schon 1881 war an die städtische Irrenanstalt in Dalldorf eine Abteilung für bildungsfähige Idioten von 7—16 Jahren angegliedert worden. 1893 wurde eine Abteilung für epileptische Kinder an der Epileptikeranstalt Wuhlgarten eingerichtet. 1890 wurde das Wilhelmstift zu Potsdam in eine öffentliche (Provinzial-) Anstalt umgewandelt. Die Provinz Brandenburg verpflegt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jetzt von 546 jugendlichen Kranken nur noch 28 in privaten, alle übrigen in öffentlichen Anstalten. In der Provinz Sachsen wurden 1894 200 Plätze für geisteskranke, schwachsinnige und krampfleidende Kinder unter 14 Jahren an die Provinzialanstalt Uchtspringe angegliedert. In Hannover wurde 1897 die Anstalt Langenhagen zur Provinzialanstalt umgewandelt und in der Hauptsache für jugendliche Schwachsinnige und Epileptiker bestimmt. 1890 überwies die Provinz Posen ihre jugendlichen Geisteskranken und Idioten der Anstalt Kosten. Die Rheinprovinz hat in Johannisthal bei Süchtel eine zu der Provinzialanstalt gehörende Abteilung für jugendliche Epileptiker katholischer Konfession, während evangelische jugendliche Epileptiker noch immer der evangelischen Anstalt in Bethel bei Bielefeld überwiesen werden. Schlesien besitzt gleichfalls schon eine kleine Jugendabteilung an der Provinzialanstalt Freiburg i. Schl. Ostpreußen hat seit 1901 in der Provinzialanstalt zu Rastenburg eine Jugendabteilung. Hessen-Nassau plant eine Abteilung für Jugendliche (Fürsorgezöglinge) im Bezirk Wiesbaden. (In Frankfurt a. M. ist bereits eine Jugendabteilung an der städtischen Irrenanstalt unter Sioli eingerichtet. D. Ref.) In den übrigen preußischen Provinzen und in den anderen Bundesstaaten ist die Fürsorge für jugendliche Geisteskranke im allgemeinen noch nicht genügend durchgeführt. Die 631 Geisteskranken unter 14 Jahren im Königreich Sachsen (von 6382 Geisteskranken überhaupt) werden in Großhennersdorf, Hochweitzschen und Chemnitz-Altendorf verpflegt. Die Stadt Leipzig hat in der Anstalt Dösen ein Kinderhaus mit 46 Plätzen. Im Königreich Württemberg werden die Geisteskranken in staatlichen Anstalten, die Schwachsinnigen und Epileptischen in privaten Anstalten verpflegt. In Bayern hat die psychiatrische Klinik und die Kreisanstalt Frankenthal je eine Kinderabteilung. In Baden besteht keine staatliche Anstalt für jugendliche Geisteskranke; dieselben werden Privatanstalten überwiesen. Sachsen-Weimar hat eigene Anstalten und außerdem 40 Plätze an der öffentlichen Sachsen-Altenburgischen Idiotenanstalt „Martinshaus". Anhalt hat eine eigene Erziehungsanstalt in Dessau und eine Kinderabteilung in Hoyen. Der Angliederung von Jugendabteilungen an bestehende Irrenanstalten stehen nach den vorliegenden Erfahrungen keine prinzipiellen Bedenken entgegen. Die Trennung nach Heilbarkeit und Unheilbarkeit, Bildungsfähigkeit und Bildungsunfähigkeit der Kranken ist unzweckmäßig. Ebensowenig ist die Trennung der Kranken mit Idiotie von solchen mit Epilepsie zu empfehlen, da beide Krankheiten häufig auf demselben Boden (der akuten Gehirnerkrankung) entstehen. An der Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe können jetzt schon alle Formen geistiger Störungen (auch akute Psychosen) behandelt werden: ihr ist eine Poliklinik für Krampf- und Nervenleidende, eine Fürsorgestelle, ein Kurhaus für Alkoholkranke angegliedert. Die Entwicklung der Familienpflege bei jugendlichen Geisteskranken ist dem Einfluß von Psychiatern zu verdanken. Die Psychiater ihrerseits erweiterten durch die Ausdehnung ihres Wirkungskreises auf jugendliche Kranke ihre Erfahrungen. Folgendes sind die Thesen Alt's: 1. Die vielfach vertretene, auch aus der ministeriellen Ergänzungsanweisung vom 20. April 1896 ersichtliche Auffassung, daß im Sinne des Gesetzes vom 11. Juli 1891 anstaltspflegeberechtigte jugendliche Epileptiker und Idioten weniger der psychiatrischen Behandlung und Fürsorge benötigten als Erwachsene, ist unzutreffend. Gerade die jugendlichen Kranken der genannten Art sind in besonderem Maße genauer psychiatrischer Untersuchung und Behandlung zugängig und bedürftig. 2. Eine Sonderung der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten nach Heilbarkeit und Unheilbarkeit oder nach Krankheitsformen in verschiedene Anstalten ist unzweckmäßig und undurchführbar. 3. Die Angliederung einer zweckentsprechend angelegten Jugendabteilung an eine Heil- und Pflegeanstalt für Erwachsene, also die Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranken, Epileptiker und Idioten in gemeinsamer Anstalt verdient den Vorzug vor Sonderanstalten für jugendliche Kranke der genannten Art. 4. Für viele jugendliche Geisteskranke, Epileptiker und namentlich Idioten ist die Ergänzung der Anstalt durch eine psychiatrisch organisierte Familienpflege besonders segensreich.

Diskussion:

Moeli stimmt den Ausführungen des Vortr. vollständig bei und ist der Ansicht, daß der Verein die Pflicht habe, in diesem Sinne seinen Einfluß in dieser wichtigen Frage auch fernerhin geltend zu machen. — Cramer (Göttingen) empfiehlt die Annahme der Thesen en bloc. — Weygandt weist auf das Ausland hin, wo entsprechende Anstalten schon längst mit gutem Erfolg bestehen (z. B. Paris). Eine Kombination der Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranken sei auch bei Polikliniken zu empfehlen. Die Angliederung an bereits bestehende oder neuzugründende Anstalten ist leichter zu erreichen, als die Neugründung eigener Anstalten für jugendliche Kranke. — Stahrlinger hat bereits in seiner (niederösterreichischen) Anstalt gute Erfahrung mit dem geforderten System gemacht. — Pollitz empfiehlt ebenfalls die Annahme der Thesen nach seinen Erfahrungen als Gefängnisarzt. — Kraepelin weist auf die rückständigen Verhältnisse bezüglich der Idiotenanstalten in Bayern hin. Die Abgrenzung nach Altersstufen wird nicht streng inne gehalten, so daß die Pfleglinge lange über das gesetzliche Alter hinaus in den Idiotenanstalten verbleiben. Die ärztliche bzw. psychiatrische Aufsicht ist nur mangelhaft. K. hält kleine Beobachtungsstationen, die an andere psychiatrische Anstalten angegliedert werden können, für zweckmäßig. Von hier aus könnten die jugendlichen Kranken dann den verschiedenen Anstalten überwiesen werden. — Cramer hält die Anstellung von Ärzten an bestehenden selbständigen Idiotenanstalten nicht für zweckmäßig. — Kluge (Potsdam) berichtet über die Erfahrungen an seiner Anstalt. — Nach einem Schlußwort Alt's werden die Thesen von der Versammlung einstimmig angenommen.

B. Hollander (London): Durch Operation geheilte Psychosen.

Bericht über eine Anzahl operierter Fälle.

Tilmann (Köln): Über Hirnverletzungen durch stumpfe Gewalt und ihre Beziehungen zu den Brüchen des knöchernen Schädels.

Die meisten Schädelverletzungen werden erst durch die Verletzung des Gehirns gefährlich. Das Resultat ist neben den mechanischen und physikalischen Gesichtspunkten noch von der Stelle und der Art der Schädelverletzung abhängig. Leichenversuche ergaben z. B. bei Schüssen aus der Nähe erheblich andere Resultate als bei Schüssen aus der Ferne. Bei leerem Schädel entstanden nur zwei scharfe Durchschlagsöffnungen, bei (mit Gehirn) gefülltem Schädel wurde derselbe vollständig zertrümmert. Vortr. beschreibt den Fall einer Frau, deren Schädel durch Quetschung eine Längsfraktur erlitten hatte und die ohne Defekte geheilt wurde. Wenn der Schädel im Augenblick der Einwirkung stumpfer Gewalt auf

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weicher Unterlage liegt (oder frei steht), wird häufig nur das Gehirn und nicht der Schädel verletzt.

Beyer (Roderbirken): Nervenheilstätte, Sanatorium und Irrenanstalt.

Die Rheinische Volksheilstätte für Nervenkranke zu Roderbirken bei Leichlingen ist am 1. Januar aus dem Besitz einer privaten Gesellschaft an die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz übergegangen. Es ist zu hoffen, daß nach diesem Vorgang auch andere öffentliche Instanzen der Errichtung von Nervenheilstätten näher treten werden. Über die Art der Ausführung sind die Meinungen in der Literatur nicht einheitlich, insbesondere wird die Frage nach dem Verhältnis der Nervenheilstätten zu den Irrenanstalten verschieden beurteilt. Die theoretischen und praktischen Bestrebungen in der Nervenheilstättensache zeigten daher hauptsächlich eine zweifache Entwicklung, einerseits in der Richtung der allgemeinen Sanatorien, welche ganz selbständig sein sollen, andererseits mehr im Sinne etwa der „offenen Abteilungen" in engerer oder weiterer Angliederung an Irrenanstalten. Es fragt sich nun, ob ein derartiges Auseinandergehen, das an sich nicht wünschenswert wäre, nicht doch sich als notwendig erweist. Die Interessen der verschiedenen staatlichen Einrichtungen an den Nervenkranken sind recht mannigfaltig und vielfach einander entgegengesetzt, so daß hiernach schon eine Befriedigung aller einschlägigen Bedürfnisse in einer einzigen Heilstättenform nicht zu erwarten ist. Ebenso ist das für die Nervenheilstätte geeignete Krankenmaterial, das weder in Krankenhäuser und Genesungsheime, noch in Irrenanstalten gehört, auch kein einheitliches, so daß es sowohl nach Art der Krankheitserscheinungen als auch im Hinblick auf die Erfordernisse der ärztlichen Behandlung nicht gut gemeinsam verpflegt werden kann. Man muß einerseits für die „Nervösen", andererseits für die „sog. Nervenkranken", die Psychopathen und Nicht-Psychischkranken, sorgen. Endlich ist auch mit dem Laienpublikum zu rechnen, das die Begriffe nervenkrank und geisteskrank gerne identifiziert und die gegen die Geisteskranken und Irrenanstalten leider immer noch bestehenden Vorurteile ohne weiteres auf die Nervenheilstätten zu übertragen geneigt ist. Aus alledem ergibt sich, daß den vielen verschiedenartigen Anforderungen am besten entsprochen wird, wenn man beide Entwicklungsmöglichkeiten der Nervenheilstätte als existenzberechtigt anerkennt und die beiden Richtungen fördert.

Diskussion:

Simon (Warstein): Die Aussichten der Angliederung einer Nervenheilstätte an die Provinzialanstalt (die von S. angeregt worden ist) sind in Westfalen noch gering. Nicht alle Irrenanstalten eignen sich für die Angliederung solcher Anstalten. Auf alle Fälle kommen nur Anstalten mit großem Terrain in Betracht, wo die räumliche Trennung der verschiedenen Krankenkategorien möglich ist. — Laehr ist gleichfalls für eine Trennung der Nervenheilstätten von den Irrenanstalten. — v. Ehrenwall hält die Vereinigung für möglich und weist auf das dringende Bedürfnis nach Volksnervenheilstätten hin. — Peretti betont gleichfalls das dringende Bedürfnis nach öffentlichen Volksnervenheilanstalten. Man müsse sich mit entsprechenden eindeutigen Vorschlägen an die Verwaltungsbehörden wenden. — Beyer (Schlußwort) konstatiert die Übereinstimmung aller bezüglich der Notwendigkeit öffentlicher Nervenheilstätten. Wenn einerseits viele Psychiater für Angliederung derselben an öffentliche Anstalten eintreten, so sei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von praktischen Ärzten (z. B. S. Auerbach) mehr die Forderung selbständiger Anstalten erhoben worden.

Reich (Lichtenberg) demonstriert Mikrophotogramme von Untersuchungen über Unterschiede im Bau der zentralen und peripheren Nervenfaser.

In der Sitzung am 24. April in Bonn wurde nach Erledigung einiger geschäftlicher Angelegenheiten (Kassenbericht usw.) Pelmann zum Ehrenmitglied ernannt, Kraepelin und Cramer zu Vorstandsmitgliedern wiedergewählt. — Der Landeshauptmann der Rheinprovinz v. Renvers nimmt an der Sitzung teil.

Die Kommission zur Ausarbeitung von Vorschlägen für die Änderung der Strafgesetzgebung wird durch Wahl einiger Mitglieder erweitert.

Für das Referat, das von Cramer und Aschaffenburg im Auftrag dieser Kommission erstattet wurde, lagen Leitsätze im Druck vor. Dieselben wurden in eingehender Diskussion (Moeli, Knecht, Weber, Weygandt, Alt, Vocke u. a.) besprochen und von der Versammlung (nach einigen Änderungen) in Form von 16 Thesen angenommen:

I. Allgemeines.

These 1. Um besseres und einheitlicheres Zusammenarbeiten zwischen Juristen und Ärzten zu ermöglichen, bedürfen die Richter wie die Ärzte einer besonderen Ausbildung.

Erforderlich ist:

I. Zur Ausbildung des psychiatrischen Sachverständigen

A. obligatorisch:

a) Vorlesungen und praktische Übungen in der Psychiatrie; eine ausreichende praktische Tätigkeit in einer geeigneten Anstalt,

b) genaue Kenntnis der einschlägigen Gesetze: Straf- und Zivilgesetzgebung, Fürsorgeerziehung, Unfallgesetze;

B. fakultativ:

a) Kenntnis des Strafvollzugs und der Fürsorgeerziehung in ihrer praktischen Handhabung,

b) der Kriminalpsychologie.

Wünschenswert ist die Einrichtung von Fortbildungskursen mit praktischen Übungen.

II. Zur Ausbildung der Richter:

A. obligatorisch:

a) eine Vorlesung über gerichtliche Psychiatrie mit Demonstrationen und Übungen,

b) Kenntnisse über Straf- und Fürsorgeerziehungsanstalten, sowie über Anstalten für Geisteskranke und Trinkerheilstätten,

B. fakultativ:

Kenntnisse in der Kriminalpsychologie.

Auch hier sind besondere Fortbildungskurse wünschenswert. Sehr zweckdienlich ist die Gründung und Beteiligung an forensisch-psychiatrischen Vereinigungen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Begründung:

Die Auswahl der Sachverständigen steht dem Richter zu[1]).

Es entspricht also nicht dem Sinne des Gesetzes, wenn auf bestimmte Gruppen von Ärzten als besonders geeignet zur psychiatrischen Sachverständigentätigkeit hingewiesen wird.

Wohl aber muß der Richter wissen, wer von den in Frage kommenden Sachverständigen durch längere psychiatrische Berufstätigkeit genügend Erfahrung in der Beobachtung und Beurteilung der psychischen Krankheitszustände besitzt. Der Sachverständige muß nicht nur klinisch genügend ausgebildet sein, sondern die zur Erfüllung seiner Aufgabe notwendigen gesetzgeberischen Bestimmungen kennen und auch über das Wesen und die Wirkung des Strafvollzuges und der Fürsorgeerziehung hinreichend unterrichtet sein.

These 2. Die von der Verteidigung geladenen Sachverständigen sind ebenso zu behandeln, wie die von der Staatsanwaltschaft geladenen. Das gilt besonders bezüglich der Akteneinsicht, der Möglichkeit zur Beobachtung, Stellung von Anträgen auf Vernehmung von Zeugen usw. gemäß § 75[2]).

Begründung:

Der von der Verteidigung geladene Sachverständige wird von dem Gericht ebenso vereidigt, wie der von der Staatsanwaltschaft geladene. Er muß einer formgerechten Ladung der Verteidigung (§ 218[3]) ebensogut Folge leisten, wie der Ladung der Staatsanwaltschaft.

Es besteht infolgedessen kein Anlaß, ihn wie einen Sachverständigen zweiten Ranges zu behandeln und ihm, soweit der Gang der Untersuchung und Verhandlung nicht unnütz aufgehalten wird, das zur Begutachtung notwendige Material vorzuenthalten. Es ist die Aufgabe des Sachverständigen, die Verteidigung überall da von unnützen Ladungen zurückzuhalten, wo nach gewissenhafter Überzeugung ein Anlaß zur Ladung eines zweiten Sachverständigen nicht vorliegt.

---

[1]) § 71: „Soweit die Zuziehung von Sachverständigen gesetzlich vorgeschrieben ist oder vom Richter für erforderlich erachtet wird, steht die Auswahl der Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Zahl dem Richter zu.

Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur gewählt werden, wenn besondere Umstände dies erfordern.

An Stelle der Vernehmung eines Sachverständigen kann in geeigneten Fällen das Gutachten einer Fachbehörde eingeholt werden."

[2]) § 75: „Der Richter hat, soweit erforderlich, die Tätigkeit des Sachverständigen zu leiten.

Dem Sachverständigen kann auf sein Verlangen zur Vorbereitung des Gutachtens durch Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten weitere Aufklärung verschafft werden; auch kann ihm gestattet werden, die Akten einzusehen, bei der Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten zugegen zu sein und unmittelbar Fragen an sie zu richten."

[3]) § 218: „Ein unmittelbar geladener Zeuge oder Sachverständiger ist zum Erscheinen nur verpflichtet, wenn die Gebühren, die ihm nach der Gebührenordnung zustehen, bar dargeboten werden oder wenn nachgewiesen wird, daß sie für ihn bei dem Gerichtsschreiber hinterlegt sind . . ."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

These 3. Die Gebühren des ärztlichen Sachverständigen dürfen nicht geringer sein, als die anderer Sachverständiger.

(Die Kommission für Standesangelegenheiten soll hier noch genauere Vorschläge machen.)

Begründung:

Die psychiatrischen Gutachten sind in der Regel sehr schwierig und besonders verantwortlich. In den meisten Fällen verlangen sie ein umfangreiches Aktenstudium und wochenlange Beobachtung. Die durch die Gebührenordnung als Norm hingestellte Zahl von drei Vorbesuchen ist in allen den Fällen, in denen eine Beobachtung gemäß § 80 stattfindet, durchaus unzureichend. Es ist standesunwürdig, wenn der Stundenlohn für die verantwortliche Arbeit, wie es sehr häufig vorkommt, auf 1 M. und weniger herabsinkt, zumal die Sachverständigen auf allen anderen Gebieten höhere Gebühren erhalten. Die Berechtigung der Gerichte, besondere Abmachungen mit den Sachverständigen zu treffen, ist in der jetzt bestehenden Form unzulänglich.

These 4. Die Einführung der Jugendgerichte und der besonderen Beiräte muß als ein großer Fortschritt bezeichnet werden. Wünschenswert ist ihre obligatorische Einführung.

Begründung:

Um Jugendliche richtig zu beurteilen, bedarf es besonderer Kenntnisse. Die Einrichtung besonderer Jugendgerichtshöfe, die gleichzeitig den Vorteil gesonderter Sitzungen, räumlicher Beschränkung des Öffentlichkeitsprinzips haben, wird im Verein mit der vorbereitenden und beratenden Mitwirkung der besonderen Beiräte zu einer richtigeren Behandlung krimineller Jugendlicher dienen.

These 5. Wünschenswert wäre, das ganze Jugendstrafrecht einschließlich der Organisation der Jugendgerichte schon jetzt in einer Novelle zum Strafgesetzbuch zusammenzufassen.

Begründung:

Unsere Kenntnisse über die psychologische Entwicklung Jugendlicher, die Art ihrer kriminellen Betätigung, die Anschauungen über die Notwendigkeit, die untere Strafgrenze bis zum 14. Lebensjahre hinauf zu setzen, die Überzeugung von der Zweckmäßigkeit der bedingten Verurteilung in leichten Fällen, von dem Ersatz der meist nur kurzen und unzureichenden Strafen durch längerdauernde Fürsorgeerziehung, dürfen als so weit abgeschlossen betrachtet werden, daß eine gesetzgeberische Reform keinerlei Widerstand mehr finden wird.

Bemerkung zu § 351[1]).

Stellt der psychiatrische Sachverständige eine geistige Erkrankung für die Zeit der Begehung der Straftat fest, deren Bekanntsein zu einer Freisprechung (oder im Falle der Einführung des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit in das neue Strafgesetzbuch zu einer milderen Auffassung) geführt haben würde, so ist es seine Pflicht, einleitende Schritte zur Wiederaufnahme des durch rechtskräftiges Urteil abgeschlossenen Verfahrens zu veranlassen.

---

[1]) § 351. Ein durch rechtskräftiges Urteil geschlossenes Verfahren kann nur unter den in den §§ 352 bis 355 bezeichneten Voraussetzungen wiederaufgenommen werden. Der Umstand, daß die Strafe bereits vollstreckt ist, steht der Wiederaufnahme nicht entgegen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Einzelnes.

These 6. Zu § 490[1]). Zusatz: Wird der Beschuldigte auf Grund des § 51 StGB. außer Verfolgung gesetzt oder freigesprochen, so kann das Gericht den Privatkläger von der Tragung der Kosten ganz oder teilweise entbinden.

Begründung:

Wer heute sich gegen die Angriffe eines geisteskranken Querulanten wehren will, oder eine Körperverletzung, einen Hausfriedensbruch, eine Sachbeschädigung seitens eines Geisteskranken zur Anzeige bringt, hat, im Falle seine Privatklage wegen Geistesstörung des Täters ergebnislos bleibt, nicht nur die Kosten des Strafverfahrens und seine eigenen, sondern womöglich auch noch die seines Gegners zu tragen. Dem soll durch den Zusatz Abhilfe geschaffen werden.

Zu § 71[2]) Abs. 3 zu sagen: Nach oder an Stelle.

Begründung:

Bei psychiatrischer Untersuchung sollte stets die Vernehmung eines Sachverständigen dem behördlichen Gutachten vorausgehen.

These 7. Zu § 157[3]). Es ist wünschenswert, daß möglichst selten von der Berechtigung des Staatsanwaltes, vom Einschreiten wegen geistiger Störung des Verdächtigen abzusehen, Gebrauch gemacht wird. Ebenso sollte das Gericht bei Hervortreten der Erkrankung nach Erhebung der öffentlichen Klage nicht gezwungen sein, das Verfahren bis auf weiteres einzustellen.

Begründung:

In zahlreichen Fällen hat die Erfahrung gezeigt, daß eine nach Erhebung der Klage festgestellte Erkrankung schon bis in die Zeit der Begehung der

---

[1]) § 490. Im Verfahren auf Privatklage fallen Kosten, die im Verfahren auf öffentliche Klage von der Staatskasse zu tragen sind, dem Privatkläger zur Last, soweit nicht durch einen zu gerichtlichem Protokoll geschlossenen Vergleich abweichende Bestimmungen getroffen werden. Mehrere Privatkläger haften als Gesamtschuldner.

Wird den Anträgen des Privatklägers nur zum Teil entsprochen oder ist ein Teil der Auslagen vom Privatkläger verschuldet, so können die Kosten angemessen verteilt werden.

Den Kosten des Verfahrens treten die dem Privatkläger und dem Beschuldigten erwachsenen notwendigen Auslagen hinzu. Zu diesen Auslagen gehören die Gebühren und Auslagen des Anwalts, soweit sie nach § 91 der Zivilprozeßordnung von der unterliegenden Partei zu erstatten sind.

[2]) § 71. Soweit die Zuziehung von Sachverständigen gesetzlich vorgeschrieben ist oder vom Richter für erforderlich erachtet wird, steht die Auswahl der Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Zahl dem Richter zu.

Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur gewählt werden, wenn besondere Umstände dies erfordern.

An Stelle der Vernehmung eines Sachverständigen kann in geeigneten Fällen das Gutachten einer Fachbehörde eingeholt werden.

[3]) § 157. Die Staatsanwaltschaft kann von jedem Einschreiten absehen, solange dem Verfahren ein in der Person des Verdächtigen begründetes Hindernis entgegensteht, dessen Beseitigung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist.

Tritt das Hindernis erst nach Erhebung der öffentlichen Klage hervor, so wird das Verfahren von dem Gerichte bis auf weiteres eingestellt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

strafbaren Handlung zurückreicht. In diesen wie in den Fällen, wo vor der Erhebung der Klage die Erkrankung bemerkt wird, ist es wünschenswert, nach Möglichkeit die Verhandlung durchzuführen. Das Bedenken, daß der Kranke sich nicht genügend zu verteidigen vermag, kann in den meisten Fällen durch Stellung eines Verteidigers und obligatorische Zuziehung eines Sachverständigen beseitigt werden. Der Vorteil einer durchgeführten Verhandlung ist der, daß der Kranke von der Angst wegen der Unsicherheit seiner Zukunft befreit wird, und ferner, daß u. a. nur durch eine Verhandlung festgestellt wird, ob der Kranke überhaupt die Tat begangen hat. In zahlreichen Fällen ist das ganze Lebensschicksal von der Entscheidung abhängig, ob der Kranke überhaupt als Täter in Betracht kommt. Von dieser Verdächtigung kann ihn nur die Durchführung der Verhandlung befreien.

These 8. Zu § 466 und 471[1]). Der Strafvollzug an Geisteskranken ist nicht möglich. Bei einer Verschiedenheit der Auffassung zwischen Arzt und Strafvollstreckungsbehörde ist besonders in den Fällen des § 466 ein Obergutachten herbeizuführen.

Begründung:

Bisher bestand keine Möglichkeit, die Strafvollstreckung zu verhindern, falls die Strafvollstreckungsbehörde die geistige Erkrankung nicht anerkannte, gemäß deren die Todesstrafe oder die Freiheitsstrafe nicht würde vollstreckt werden können.

Die neue Strafprozeßordnung hat in Fällen, wo Einwendungen gegen die Zulässigkeit der Strafvollstreckung erhoben werden (§ 465), die Entscheidung des Vollstreckungsgerichts vorgesehen. Wünschenswert wäre hier, daß in allen Fällen fraglicher geistiger Störung, mindestens aber bei den Fällen des § 466 II, stets das Urteil der Strafvollstreckungsbehörde erst erfolgt, nachdem ein Obergutachten erhoben worden ist.

These 9. Zu § 242[2]). Zusatz. Zur Verlesung des Protokolls über die Vernehmung eines in Geisteskrankheit Verfallenen ist ein ärztlicher Sachverständiger zuzuziehen.

Begründung:

Da mindestens mit der Möglichkeit gerechnet werden muß, daß die inzwischen festgestellte Geisteskrankheit schon vor der Vernehmung bestanden hat,

---

[1]) § 466 II. An schwangeren oder geisteskranken Personen darf die Todesstrafe nicht vollstreckt werden.

§ 471. Die Vollstreckung der Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurteilte vor deren Beginn in Geisteskrankheit oder in eine andere Krankheit verfällt, bei der die Vollstreckung der Strafe eine nahe Lebensgefahr für den Verurteilten herbeiführen würde.

Das gleiche gilt, wenn sich der Verurteilte körperlich in einem Zustande befindet, bei dem sich die Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt nicht vertragen würde.

[2]) § 242. Das Gericht kann anordnen, daß das Protokoll über die richterliche Vernehmung eines Zeugen oder Sachverständigen verlesen wird, wenn er verstorben oder sein Aufenthalt nicht zu ermitteln ist oder wenn er sich in einem Zustande befindet, der seine Vernehmung für nicht absehbare Zeit unmöglich macht.

Das gleiche gilt von Protokollen über die richterliche Vernehmung eines Mitbeschuldigten oder eines bereits verurteilten Mitschuldigen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so ist die richtige Bewertung der Aussage ohne Zuziehung eines Sachverständigen nicht möglich. Es ist deshalb erforderlich, auch gesetzlich Vorsorge zu treffen, daß in jedem Falle ein Sachverständiger dem Gerichte zur Verfügung steht.

These 10. Es ist notwendig, wichtige Aussagen „in direkter Rede" zu Protokoll zu bringen. Insbesondere gilt das von Antworten, zu deren Verständnis und Bewertung oft die Kenntnis der Fragen, auf die sie erfolgt sind, notwendig ist. Bei Anwendung des Schlußsatzes des § 75[1]) müssen auf Verlangen des Sachverständigen Aussagen von Zeugen und Sachverständigen, soweit der Sachverständige es für erforderlich hält, wörtlich protokolliert werden.

Begründung:

Die Vernehmung durch die Polizeiorgane und die Richter sind fast durchweg umstilisiert und geben durch die zusammenhängende und klare Art der Darstellung bisweilen ein ganz falsches Bild von den Vorgängen bei der Vernehmung, bei der sich die Angeschuldigten oft nur auf ein zustimmendes Ja zu den gestellten Fragen beschränken. Dadurch erwachsen dem Sachverständigen, der alsdann einen unvereinbaren Widerspruch zwischen der Klarheit der Aussage und dem von ihm gefundenen Geisteszustand findet, erhebliche Schwierigkeiten. Diesem kann nur durch eine, wenigstens bei wichtigen Aussagen (s. o.), wörtliche Protokollierung abgeholfen werden.

These 11. Gibt der Geisteszustand eines Zeugen zu Bedenken Anlaß, so ist ein Sachverständiger zur Beobachtung und Begutachtung zu bestellen.

Gegen den Beschluß findet sofortige Beschwerde statt. Diese hat aufschiebende Wirkung.

Die Verwahrung darf die Dauer von sechs Wochen nicht überschreiten.

Begründung:

Es muß gesetzlich die Möglichkeit benutzt werden, einen Zeugen auf seinen Geisteszustand untersuchen zu können.

Die Maßregel, die nur als eine seltene Ausnahme gedacht ist, wäre auf solche Personen zu beschränken, auf deren Veranlassung die Strafverfolgung eingeleitet worden ist, oder die als einzige Zeugen in ernsten Fällen (Sittlichkeitsverbrechen, Mord, Brandstiftung und Meineid) für den Ausgang ausschlaggebend sind.

These 12. Zu § 285[2]). Hinter „erhöhen" ist einzuschieben: „oder ausschließen".

[1]) § 75. Der Richter hat, soweit erforderlich, die Tätigkeit des Sachverständigen zu leiten.

Dem Sachverständigen kann auf sein Verlangen zur Vorbereitung des Gutachtens durch Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten weitere Aufklärung verschafft werden; auch kann ihm gestattet werden, die Akten einzusehen, bei der Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten zugegen zu sein und unmittelbar Fragen an sie zu richten.

[2]) § 285. Sind in die Anklageformel solche vom Strafgesetze besonders vorgesehene Umstände aufgenommen, welche die Strafbarkeit der Tat vermindern oder erhöhen, so ist hierüber eine besondere Frage zu stellen (Nebenfrage).

Das gleiche gilt, wenn Umstände der bezeichneten Art oder solche vom Strafgesetze besonders vorgesehene Umstände, durch welche die Strafbarkeit wieder aufgehoben wird,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Begründung:

Ein klarer Hinweis auf die Notwendigkeit der Feststellung der Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51 StGB. ist erforderlich. Und zwar ist es notwendig, daß die Tat- und Schuldfrage durch die Nebenfrage streng geschieden werden. Das bisherige Verfahren, nach dem ein Angeklagter gemäß § 51 freigesprochen wird, ohne daß im Urteil genau festgestellt wird, ob er die ihm zur Last gelegte Tat wirklich begangen hat, hat bei den Geschworenenurteilen deshalb Schwierigkeiten hervorgerufen, weil in dem Urteil die Freisprechung nicht weiter begründet wird. Für die Frage, was mit den Angeklagten zu geschehen hat, ist es aber von der allergrößten Bedeutung, zu wissen, ob seine Täterschaft angenommen wurde, er aber wegen Unzurechnungsfähigkeit nicht bestraft werden konnte, oder ob die Freisprechung deshalb erfolgt ist, weil er überhaupt nicht als Täter angesehen wird.

These 13. Zu § 472[1]). Zusatz. Durch Gerichtsbeschluß kann die Verbüßung des Restes einer Freiheitsstrafe bei einem für längere Zeit in eine von einer Strafanstalt getrennte Krankenanstalt verbrachten Verurteilten in Wegfall kommen, sofern durch die Fortsetzung der Strafvollstreckung eine erhebliche und in absehbarer Zeit nicht zu beseitigende, außerhalb des Strafzweckes liegende Schädigung der Gesundheit herbeigeführt wird.

Begründung:

Während der Aufenthalt in anderen Krankenanstalten in die Strafzeit eingerechnet wird und die meisten Staaten, nach der Entstehungsgeschichte des Paragraphen zutreffend, auch die Irrenanstalten nicht ausnehmen, wird in anderen Staaten, wie z. B. in Preußen, der Aufenthalt in einer Irrenanstalt nicht angerechnet. Der einheitlichen Handhabung steht entgegen, daß es gesetzlich zulässig ist, die Strafe zu unterbrechen und damit das Anrecht zu beseitigen, die Krankenhauszeit angerechnet zu erhalten. Es ergibt sich daraus dann der Mißstand, daß die Kranken zur Strafverbüßung wieder eingeliefert werden müssen, um die Strafe zu Ende verbüßen zu können, und durch die im Strafvollzuge liegenden Schädigungen leicht von neuem erkranken. Diesem Mißstand soll durch den Vorschlag des Zusatzes vorgebeugt werden, zumal auch die Einrechnung nicht in allen Fällen der veränderten Geistesbeschaffenheit Rechnung tragen kann.

---

in der Verhandlung hervorgetreten sind und die Stellung einer hierauf gerichteten Nebenfrage von dem Staatsanwalt oder dem Angeklagten beantragt oder vom Gerichte für angemessen erachtet wird.

Eine Nebenfrage ist auch dann zu stellen, wenn die Strafbarkeit der dem Angeklagten zur Last gelegten Tat davon abhängt, ob er bei der Begehung der Tat die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen hat.

[1]) § 472. Wird der Verurteilte nach dem Beginn der Vollstreckung in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht, so ist die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, es sei denn, daß der Verurteilte die Krankheit vorsätzlich herbeigeführt hat.

Soll die Anrechnung nicht stattfinden, so ist die Entscheidung des Vollstreckungsgerichts herbeizuführen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

These 14. Zu § 58 I[1]). Unvereidigt sind zu vernehmen Personen, deren Aussagen oder Wahrnehmungen durch krankhafte geistige Beschaffenheit beeinflußt sind. Der Grund der Nichtvereidigung ist vom Gericht nach Anhörung eines Sachverständigen in das Sitzungsprotokoll einzutragen.

Begründung:

Die Vereidigung gibt der Aussage ein Gewicht, das überall da bedenklich ist, wo die Aussagen durch abnorme psychische Zustände beeinflußt sind. Das gilt in gleicher Weise, wenn die Geistesstörung zur Zeit der Vereidigung besteht, oder wenn sie zur Zeit der Wahrnehmungen bestanden hat. In beiden Fällen ist es nicht zulässig, den Kranken durch einen Eid Dinge bestätigen zu lassen, deren Zuverlässigkeit mehr als fraglich ist. Das im Entwurf wie bisher als Grund der Nichtbeeidigung aufgefaßte Kriterium der „genügenden Vorstellung von dem Wesen und der Bedeutung des Eides" ist unrichtig. Es berücksichtigt nur das Urteil des Kranken über das Wesen des Eides, nicht aber, ob der Kranke zutreffende Aussagen zu machen imstande war.

Anmerkung. Es empfiehlt sich, auch überall da, wo ernste Zweifel an der geistigen Gesundheit eines Zeugen und Sachverständigen (die Bestimmungen gelten in gleicher Weise auch für Sachverständige) vorliegen, von der Vereidigung Abstand zu nehmen.

These 15. Zu § 88[2]). Hinter „Mitteilungen des Verdächtigen" ist einzuschieben: „und über den Verdächtigen".

Begründung:

Die Verpflichtung zur Wahrung des Berufsgeheimnisses erstreckt sich, wie aus der ganzen Auffassung der Strafprozeßordnung und des Strafgesetzes hervorgeht, auch auf die Feststellungen des Arztes an dem Verdächtigen. Infolgedessen ist er zur Verweigerung des Zeugnisses nicht nur in bezug auf die Dinge berechtigt, die ihm der Verdächtige mitgeteilt, sondern auch über die, die er selbst beobachtet hat. Damit nicht durch Beschlagnahme der Krankengeschichten das Zeugnisverweigerungsrecht umgangen werden kann, ist es notwendig, die Beschlagnahme der über den Kranken geführten Krankengeschichten zu verhindern.

These 16. Zu § 80[3]): a) Es empfiehlt sich, in Absatz 2 hinter „und wird sie" „den Sachverständigen" wegfallen zu lassen.

---

[1]) § 58 I. Nicht zu vereidigen sind Personen, die zur Zeit der Vernehmung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder wegen mangelnder Verstandesreife oder wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung besitzen.

[2]) § 88 II. Schriftliche Mitteilungen zwischen solchen Personen (die zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt sind) und dem Verdächtigen sowie ihre Aufzeichnungen über Mitteilungen des Verdächtigen dürfen auch nicht zwangsweise in Beschlag genommen werden, sofern sich die Papiere in ihrem Gewahrsam befinden und sie nicht selbst der Täterschaft, Teilnahme, Begünstigung oder Hehlerei verdächtig sind.

[3]) § 80. Ist zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Beschuldigten nach der Erklärung des Sachverständigen eine längere Beobachtung erforderlich, so hat der Richter dem Sachverständigen, soweit tunlich, hierzu Gelegenheit zu geben.

Erklärt der Sachverständige, daß die erforderliche Beobachtung außerhalb einer Irrenanstalt nicht ausführbar ist, und wird sie dem Sachverständigen auch nicht dadurch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

b) In der Neufassung des § 80 muß hinter „soweit die öffentliche Klage bereits erhoben ist“ eingeschoben werden: „auf Antrag des Sachverständigen“.

c) Der Satz „sofern die öffentliche Klage bereits erhoben ist“ muß in Wegfall kommen.

d) Es ist ein Zusatz erforderlich, durch den die Möglichkeit gesichert wird, auch ohne Einwilligung des Angeschuldigten eine nochmalige Untersuchung vornehmen zu können. Es wird vorgeschlagen: „Falls von dem Gericht oder von dem Angeschuldigten ein Obergutachten verlangt wird, kann von neuem die Einweisung in eine geeignete Anstalt auf die Dauer von höchstens sechs Wochen beschlossen werden. Als zur Beobachtung geeignete Anstalten sind nur öffentliche Anstalten für Geisteskranke anzusehen.

Gegen den Beschluß ist sofortige Beschwerde zulässig. Die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung.“

Begründung:

a) Bei Einweisung in eine Anstalt muß in der Regel ein Anstaltsarzt zur Beobachtung herangezogen werden.

b) Es ist nicht einzusehen, warum der früher bestehende Antrag des Sachverständigen ausgeschaltet worden ist. Eine einfache Erklärung kann das Gericht unberücksichtigt lassen. Auf einen Antrag des Sachverständigen muß es einen Beschluß fassen.

c) Daß nur im Falle der bereits erhobenen öffentlichen Klage eine Beobachtung angeordnet werden kann, ist sehr bedenklich. In vielen Fällen stellt sich bereits im Vorverfahren die geistige Erkrankung heraus und der Staatsanwalt beendet das Verfahren, das für den Kranken eine gefährliche Schädigung seiner Gesundheit bedeuten kann, durch Außerverfolgungsetzung. Zu den Aufgaben der Voruntersuchung gehört die Vollständigkeit des Materials. Und die Feststellung des Geisteszustandes muß als eins der wichtigsten Erfordernisse bezeichnet werden. Die Verschiebung bis nach Erhebung der Klage hat außerdem den großen Nachteil, daß die Beobachtung zu spät stattfindet. Es kann dadurch die Erkrankung so weit heilen oder sich ändern, daß der Rückschluß auf die Zeit der Begehung unmöglich gemacht wird. Gegen das bisherige Verfahren sind keine Bedenken

---

ermöglicht, daß der Beschuldigte sich freiwillig in eine solche Anstalt aufnehmen läßt, so kann, sofern die öffentliche Klage bereits erhoben ist, das Gericht anordnen, daß der Angeschuldigte in einer öffentlichen Irrenanstalt unterzubringen ist; die Anstalt ist vom Gerichte zu bezeichnen. Vor der Anordnung ist der Verteidiger zu hören; hat der Angeschuldigte keinen Verteidiger, so ist ihm ein solcher für das Verfahren über die Unterbringung zu bestellen. Gegen die Anordnung ist sofortige Beschwerde zulässig; die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung.

Sobald die Beobachtungen zur Abgabe des Gutachtens ausreichen, hat der Sachverständige dem Gericht Anzeige zu machen. Die Unterbringung in der Anstalt darf, auch wenn sie in demselben Verfahren oder in einem anderen Verfahren, das dieselbe Tat zum Gegenstand hat, wiederholt angeordnet wird, ohne Einwilligung des Angeschuldigten in ihrer Gesamtdauer sechs Wochen nicht überschreiten.

Die Vorschriften des Abs. 2, 3 finden keine Anwendung im Verfahren auf Privatklage und in Sachen, die in erster Instanz vor den Amtsgerichten ohne Schöffen zu verhandeln sind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

laut geworden. Es ist deshalb notwendig, den neu eingeführten Zwischensatz zu streichen.

d) Der neue Paragraph läßt es zu, mit Zustimmung des Angeschuldigten die Beobachtung über die Zeit von sechs Wochen hinaus zu verlängern. Dagegen ist es nach wie vor nicht vorgesehen, die nochmalige Beobachtung auch gegen den Willen des Beschuldigten dann vornehmen zu können, wenn die Einforderung eines Obergutachtens es nötig macht. Gerade in diesen Fällen, bei denen es sich in der Regel um Todesurteile oder langjährige Zuchthausstrafen handelt, ist es unbedingt notwendig, den Angeschuldigten mit allen modernen Mitteln beobachten zu können. Die Untersuchungsgefängnisse sind dazu ganz ungeeignet. Es muß deshalb dem Obergutachter die Möglichkeit geschaffen werden können, in schwierigen Fällen den der Geisteskrankheit Verdächtigen unter möglichst zuverlässigen Verhältnissen beobachten zu können. Dafür soll der gewünschte Zusatz sorgen.

Lückerath (Bonn): Über Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken.

Unter 147 kriminellen Geisteskranken befanden sich 49 Fälle von Degenerationspsychosen, d. i. 33%. Erheblicher Schwachsinn war bei keinem vorhanden, alle wiesen mehr oder weniger psychische Degenerationszeichen auf. Drei erkrankten zwischen dem 10. bis 20., 30 zwischen dem 20. bis 30., 14 zwischen dem 30. bis 40., zwei nach dem 40. Lebensjahre. Es waren drei Gruppen: 1. Degenerierte mit Ganser'schem Symptomenkomplex; 2. solche mit: a) einfachen paranoiden Wahnideen im Sinne des Beeinträchtigungswahns, b) paranoische Verfolgungs- und Größenideen; 3. Degenerierte mit psychogenen Erregungszuständen. Bei allen wurden hypochondrische Vorstellungen und Sensibilitätsstörungen (Anästhesie) beobachtet. Bei allen zeigten sich Schwankungen im Verlauf, die durch äußere Ereignisse bedingt waren. Differentialdiagnostisch kommt die Unterscheidung von der Paranoia und der Dementia praecox in Betracht. Von Wichtigkeit ist: 1. daß es sich nicht um progressive Wahnbildung handelt, 2. die Wahnideen von äußeren Einflüssen abhängig bzw. dadurch zu beeinflussen sind, 3. daß keine Verblödung eintritt. Es darf nicht das Zustandsbild allein, sondern es muß die ganze Persönlichkeit berücksichtigt werden. Die Prognose der Degenerationspsychosen bei Kriminellen ist im allgemeinen günstig. Nach Ablauf ihrer psychotischen Episode können viele aus der Anstalt entlassen werden (in Strafvollzug oder die Freiheit).

Autoreferat.

K. Goldstein (Königsberg): Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox, im besonderen der plötzlichen Todesfälle bei derselben.

Trotz einer Reihe von Veröffentlichungen in den letzten Jahren sind unsere Kenntnisse über die pathologische Anatomie der Dementia praecox noch wenig befriedigend. Daran dürfte vor allem die Schwierigkeit, ein größeres Material in Kliniken zur Untersuchung zu erhalten, schuld sein. Man vermißt in den meisten Arbeiten eine genügende Berücksichtigung des klinischen Bildes bei der Beurteilung der anatomischen Befunde; auch sind nur selten vom gleichen Autor sämtliche Bestandteile des Nervensystems untersucht worden, was für ein Verständnis der Pathogenese unbedingt nötig ist. Vortr. gibt dann eine Übersicht über die Literatur, wobei er zwischen den der chronischen Psychose zugehörigen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Veränderungen (chronische Zellerkrankung, Gliawucherungen, Markscheidenzerfall) von denen abzutrennen versucht, die bei Kranken mit plötzlichem Exitus auftreten, als Ursache dieses Exitus aufzufassen sind und dreierlei klinischen Krankheitsbildern entsprechen: 1. dem sog. Delirium acutum, 2. den Zuständen, bei denen in kurzer Zeit unter dem Bilde des katatonischen Stupors und zunehmendem körperlichen Verfall der Exitus eintritt, 3. den sog. katatonischen Anfällen. Die Frage des Delirium acutum wird kurz behandelt und darauf hingewiesen, daß eigentlich kein Fall mit anatomischem Befund in der Literatur vorliegt, bei dem es sich sicher um Dementia praecox handelt. Die an Zahl geringen bisher vorliegenden Befunde bei den beiden anderen Formen werden ausführlich besprochen und als Ursache des Exitus einerseits die sog. Hirnschwellung (Reichardt's), andererseits auf Grund gewisser Weber'scher Fälle ein Ödem der Pia in Anspruch genommen. Die Raumbeengung im Schädel, die durch Erzeugung des Hirndrucks Todesursache wird, kann entweder durch Schwellung der Hirnsubstanz oder durch Flüssigkeitsansammlung im Piaraum entstehen. Für letztere Annahme liefert der eigene Fall des Vortragenden einen Beleg. Es handelt sich um einen 32jährigen Katatoniker, der seit zehn Jahren an einer einfachen stuporösen Katatonie litt und in wenigen Tagen ohne nachweisbare Todesursache zum Exitus kam. Die Untersuchung ergab: Makroskopisch: sehr starke Trübung und sulzige Vergrößerung der Pia, eine Piazyste, weit offenen Ventriculus septi pellucidi. Der mikroskopische Befund läßt sich in zwei Gruppen von Veränderungen einteilen: 1. Ausfall der Ganglienzellen und Schrumpfung derselben, sehr ausgesprochene chronische Zellerkrankung (am Nißlpräparat und am Fibrillenpräparat Zerfall besonders der stärkeren Fibrillen bei besserem Erhaltenbleiben der feineren im Zellkörper, besseres Erhaltensein der Fibrillen der Fortsätze im Körper, schwerer Kernzerfall, diffuse Färbung des Grundes, starke Pigmenteinlagerungen). Starke Vermehrung der Gliakerne als Trabantzellen um die Gefäße und in frei liegenden Haufen; regressive Veränderungen an den Gliakernen und Pigmentablagerungen in denselben. Zerfall der Markscheiden, besonders des supraradiären Flechtwerkes. Gefäße: breite, „zellarme Zone", starke Ablagerung von Körnchen, teils frei, teils in Zellen, teils mit Osium und Sudan färbbar, teils nicht. Die Veränderungen sind am stärksten in den Zentralwindungen und Stirnwindungen, weniger, aber auch deutlich in der übrigen Rinde, im Kleinhirn und in geringerem Grade auch im Rückenmark nachweisbar. Sie sind als die Zeichen der chronischen, zur Demenz führenden Psychose aufzufassen, haben aber nichts Spezifisches, sondern finden sich in ähnlicher Weise auch bei anderen chronischen Psychosen. Das deutet darauf hin, daß sie wahrscheinlich nur sekundäre Veränderungen darstellen, nur eine Reaktionsweise des Gehirnes auf eine chronische Schädlichkeit repräsentieren, die uns bei der Dementia praecox noch völlig unbekannt ist und möglicherweise toxisch mikrochemischer Natur, also mikroskopischer Untersuchung gar nicht zugänglich ist. Die zweite Gruppe der Veränderungen umfaßt Zellveränderungen und Piaveränderungen. Die Zellveränderungen sind die typische akute Zellerkrankung („homogene Schwellung") und ist besonders deutlich an den Riesenpyramidenzellen zu beobachten, aber auch im Kleinhirn und Rückenmark. Sie ist auch am Fibrillenpräparat ausgesprochen und läßt hier ein sehr deutliches weitmaschiges Innennetz deutlich erkennen, ähnlich wie es Schaffer als „Schwellung" beschrieben hat. Die akute Zellerkrankung entspricht dem Befunde beim Delirium acutum, Delirium tremens und ähnlichen, ist aber nicht sehr hochgradig. Sie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist wohl mit dem plötzlichen Tode in Zusammenhang zu bringen, aber wohl nicht die einzige Ursache desselben. Als sehr wesentlich für diesen erscheinen vielmehr die Veränderungen an der Pia. Die oberflächlichen Schichten der Pia sind verdickt, ihre Maschen durch Ödem mächtig entfaltet, so daß die Pia einen Raum einnimmt, der das normale Volumen um ein Vielfaches übertrifft. Das Piaödem findet sich an der Pia der Rinde und dem Plexus. Es setzt sich auch im Gehirn fort und führt so zu einer Erweiterung der Scheidenräume der Gefäße. Durch dieses Ödem ist es wahrscheinlich zu einer Volumenzunahme des Schädelinhaltes und Hirndruck gekommen, ähnlich wie auch die Hirnschwellung, für die in meinem Falle kein Anhaltspunkt vorlag. Als Zeichen des Hirndrucks fanden sich Degenerationen an den extramedullären Abschnitten der Rückenmarkswurzeln. Über die Entstehung des Ödems läßt sich nichts Bestimmtes sagen. Wahrscheinlich spielen dabei angeborene oder früh erworbene Störungen des Liquorflusses, für die auch die alte Zyste der Pia spricht, eine Rolle. Die akute Zellerkrankung und das Piaödem sind wohl als Zeichen eines besonders akuten Schubes der Erkrankung zu betrachten. In Zukunft wird auf das Vorkommen von Piaödem mehr zu achten sein. Vielleicht wird dadurch mancher rätselhafte Hirnbefund seine Erklärung finden. Autoreferat.

Sioli (Bonn): Das Verhalten der Glia bei akuten Psychosen.

Vortr. hat in Verfolg der Alzheimer'schen und Eisath'schen Arbeiten eine Anzahl von Psychosen mit protoplasmatischen Gliafärbungen untersucht und kommt zu folgenden Ergebnissen: Bei den meisten Psychosen finden sich deutliche Veränderungen der Gliazellen, die sich auf Kern, Protoplasma und Fasern erstrecken. Bei der Paralyse spielen neben anderen Formen die gemästeten Gliazellen Nißl's eine Hauptrolle; sie sind eine Form der Friedmann'schen epitheloiden Entzündungszelle und kommen in allgemeiner Verbreitung bei anderen Psychosen nicht vor. Eine andere charakteristische Art pathologischer Gliazellen sind die amöboiden Gliazellen Alzheimer's: sie finden sich bei Paralysen mit Anfällen, im Status epilepticus, bei der Hälfte von 20 untersuchten Fällen von Dementia praecox und auch bei drei Fällen von Psychosen mit günstiger Prognose, die zu den manisch-depressiven gehörten und in schwerer manischer Erregung oder angstvoller Verwirrtheit starben. Sie fanden sich nicht bei zwei Fällen, die unter dem Bilde des Delirium acutum verliefen und bei zwei Fällen von Amentia. Mit den amöboiden Gliazellen vergesellschaftet finden sich Abbauprodukte (Protagonoide und Pigmente), sowie Degenerationsfärbung der Achsenzylinder. Bei Marchizerfall kommen Amöboide scheinbar nicht vor; sie finden sich vorzugsweise im Mark und im Gebiet der Zentralwindungen. In den Fällen von Delirium acutum und Amentia, die keine qualitativen Änderungen der Gliazellen zeigten, findet sich doch das „reihenweise Aufmarschieren" von Gliakernen an kleinen Gefäßen im Mark und Trabantzellen-Vermehrung in der Rinde.

Diskussion:

Reich (Herzberg) fragt, ob das vom Vortr. erwähnte Protagonoid mit den von ihm zuerst beschriebenen π-Granulis identisch ist. — Sioli antwortet Reich, daß der erwähnte pathologische Stoff mit den Reich'schen π-Granulis die metachromatische Färbung mit basischen Anilinfarben teilt und deshalb von Alzheimer als Protagonoid bezeichnet ist; ob er mit den π-Granulis Reich's völlig identisch ist, wird sich wohl erst entscheiden lassen, wenn Reich speziell seine patho-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

logischen Erfahrungen bei seinen schönen mikrohistochemischen Untersuchungen veröffentlicht.

A. Westphal (Bonn): Über Encephalomyelitis disseminata und arteriosklerotische Erkrankungen des Zentralnervensystems in ihren Beziehungen zur multiplen Sklerose (Projektionsvortrag[1]).

An der Hand zweier klinisch beobachteter, zur Sektion gelangter und mikroskopisch genau untersuchter Fälle bespricht Vortr. die Beziehungen der oben genannten Erkrankungen zur multiplen Sklerose. In dem ersten Fall entwickelte sich bei einer früher stets gesunden 34jährigen Frau im Anschluß an ein Puerperium eine Schwäche der rechtsseitigen Extremitäten, die sich schnell zu einer schweren spastischen Lähmung derselben steigerte. Während die Lähmung des rechten Armes eine ausgesprochene spastische blieb, wurde im weiteren Krankheitsverlauf auffallenderweise der Patellarreflex rechts immer schwächer, konnte längere Zeit hindurch nicht mehr ausgelöst werden. Auch verschwanden rechts die Spasmen. Fußklonus und Babinski'sche Zehenphänomen blieben aber rechts andauernd bestehen. Die linksseitigen Extremitäten frei von Lähmung, Sehnenreflexe auch links gesteigert. Die Bauchdeckenreflexe fehlten. Starker Nystagmus bei Seitwärtsbewegungen der Bulbi. Der Augenhintergrund war normal. Die Sprache war in ausgesprochener Weise skandierend, verlangsamt, mitunter leicht paraphasisch gestört. Zittern wurde nicht beobachtet. Der Krankheitsverlauf war fieberfrei. Patientin war andauernd bald mehr, bald weniger benommen, ließ Urin und Stuhl unter sich gehen. Exitus zirka drei Monate nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen. Bei der Sektion fand sich im Gehirn ganz vorwiegend die Marksubstanz durchsetzt von ungemein zahlreichen, teils opak grauen, teils mehr rötlich gefärbten Herden, die sich auch in Pons und Rückenmark in spärlicher Anzahl finden. Mikroskopisch überwiegen im Gehirn frische gefäßreiche Herde mit starker kleinzelliger Infiltration der Gefäßwand und der perivaskulären Räume. Die auffallendste Veränderung bieten in diesen Herden lebhafte Proliferationsvorgänge an den Gliazellen, die zu einer geradezu kolossalen Produktion großer geschwellter Gliazellen (Friedmann'sche Zellen) geführt haben. An diese akuten Herde grenzen mitunter ältere, völlig sklerotische Herde direkt an. Zwischen beiden Herdarten finden sich mannigfache Übergangsformen. Im Rückenmark treten die akut entzündlichen Erscheinungen gegen Herde mit ausgesprochen sklerotischem Charakter in den Hintergrund. Der sklerotisierende Prozeß hat hier in annähernd gleicher Weise die graue und weiße Substanz ergriffen. Erscheinungen sekundärer Degeneration fehlen. An einzelnen Stellen treten diffusere, auf entzündliches Ödem zurückzuführende Veränderungen mit Deutlichkeit hervor. Während an diesen Stellen die Achsenglieder zum größten Teil zugrunde gegangen sind, ist sonst ihr relatives Intaktsein in älteren und jüngeren Herden bemerkenswert. Die Beziehungen der Herde zu den Gefäßen tritt besonders an den kleinen, frischen Herden mit Deutlichkeit hervor. Das klinische Bild des Falles in Verbindung mit dem anatomischen Befunde entspricht dem der sog. „akuten multiplen Sklerose", von der in

[1]) Der Vortrag wird ausführlich im Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten veröffentlicht werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jüngster Zeit besonders Marburg eine zusammenfassende Darstellung gegeben hat. Der Fall weist in evidenter Weise auf die innigen Beziehungen der akuten disseminierten Enzephalomyelitis zur multiplen Sklerose hin, er schließt sich denjenigen Beobachtungen an, welche zeigen, daß die akute Enzephalomyelitis in multiple Sklerose übergehen kann, jedenfalls von der akuten Form derselben meist nicht sicher zu unterscheiden ist (Oppenheim). In dem zweiten Fall handelt es sich um einen 64jährigen Mann, der seit einer Reihe von Jahren unter den Erscheinungen einer Depression mit mannigfachen „hypochondrischen" Klagen erkrankt war. Die auffallendste Erscheinung im Krankheitsbild bot eine Gangstörung dar, die dem Bilde der sog. trepidanten Abasie entsprach. Mühsames steifes Sichvorwärtsbewegen mit kleinen trippelnden Schritten beim Beginn des Gehens, auf der Stelle treten usw. Der Gang trug den Charakter des „Gemachten" und „Gesuchten". Daneben bestand eigenartig starrer maskenartiger Gesichtsausdruck und Speichelfluß. Haltung und Gesichtsausdruck des Pat. erinnerten an das Aussehen bei Paralysis agitans. Zittern bestand nicht. Im Liegen konnten die Beine aktiv ganz gut bewegt werden, bei passiven Bewegungen keine Spasmen nachweisbar. Kniereflexe konnten häufig gar nicht, bei einzelnen Untersuchungen jedoch ganz schwach hervorgerufen werden. Links war in der letzten Zeit der Beobachtung Babinski nachweisbar. Andauerndes Klagen über Kribbeln und Taubsein in Händen und Füßen. Peripherische Arterien rigide, Herz verbreitert, systolische Geräusche, akzentuierte zweite Töne an Pulmonalis und Aorta. Exitus unter Erscheinungen von Herzschwäche. Die Obduktion ergab starke allgemeine Atheromatose besonders auch der Gehirngefäße. Hydrocephalus internus. An vereinzelten Stellen kleine, kaum linsengroße alte zystische Erweichungsherde, u. a. auch in der Capsula int. dextra. Mikroskopisch im Marklager, besonders in der Gegend des Hirnhaupts, bald mehr herdartiger, bald diffuserer Faserausfall vornehmlich in der Umgebung veränderter Gefäße. Diese zeigen alle Stadien der Wandverdickung bis zu völliger Obliteration. Adventitia stark verdickt (hyalin entartet?). Aufsplitterungen der Elastika. In der Umgebung der erkrankten Gefäße Reste alter Blutungen. (Hämatoid in Kristalle.) Keine auf einzelne Rindenabschnitte beschränkte Atrophien nach Art der perivaskulären Gliose Alzheimer's. Die Veränderungen entsprechen mehr dem Bilde der Encephalitis subcorticalis Binswanger's. Schwere Pyramidendegeneration. Schleifendegeneration, wahrscheinlich bedingt durch Unterbrechung der Fibrae arcuatae internae, durch kleine sklerotische, in der Medulla nachgewiesene Herde. Im Rückenmark zahlreiche größere sklerotische Herde, die zu sehr weitgehenden Zerstörungen der grauen und weißen Substanz geführt haben. Die großen sklerotischen Plaques sind von denen der echten multiplen Sklerose nicht ohne weiteres zu unterscheiden. Vielleicht ist die Zerstörung der grauen Substanz, die oft noch schattenhaft in ihren Umrissen erhalten ist, keine so komplette wie bei der multiplen Sklerose. An frischen Stellen jedoch, an denen es noch nicht zur Sklerose gekommen, ist in den Gliamaschen schon völliges Fehlen der Achsenzylinder nachweisbar, im Gegensatz zu dem Erhaltensein derselben bei der multiplen Sklerose. Zirkumskripte, keilförmige Degenerationsherde vornehmlich in den seitlichen Abschnitten des Markes in der Umgebung stark veränderter Gefäße. Gefäßverdickungen des gesamten Rückenmarksquerschnittes bei Fehlen aller entzünd-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichen Veränderungen. Diffuse Wucherung des Stützgewebes. Randdegeneration. Charakteristische Veränderungen (pigmentöse Degeneration) der Ganglienzellen in den erhaltenen Partien der grauen Substanz. Halbseitige Verschmälerung (Schrumpfung des Rückenmarks). Letztere Veränderungen entsprechen im wesentlichen dem bekannten Bilde der arteriosklerotischen Degeneration des Rückenmarkes (Sander, Redlich, Nonne u. a.). Eigenartig sind die großen sklerotischen, die graue und weiße Substanz ergreifenden Plaques, wie sie in dieser Ausdehnung bisher bei den arteriosklerotischen Degenerationen des Rückenmarks nicht beschrieben zu sein scheinen. Unser Befund bestätigt die wohl zuerst von Démange ausgesprochene Ansicht, „daß es eine sklerotierende Endo- und Periarteriitis der Rückenmarksgefäße auf der Basis einer allgemeinen Atheromatosis gibt, die zu einer disseminierten Sklerose führt". Vortr. hebt die mannigfachen Übereinstimmungen und die anatomischen Unterschiede dieser arteriosklerotischen Form der multiplen Sklerose von der eigentlichen „Sclérose en Plaques" hervor, von der sie ätiologisch durchaus zu trennen ist. Auch das Krankheitsbild bietet in dem vorliegenden Falle keine Berührungspunkte mit dem der multiplen Sklerose. Auffallend ist die Inkongruenz des anatomischen Befundes und des klinischen Symptomenkomplexes, eine Erscheinung, auf welche bei ähnlichen Fällen von seniler Erkrankung des Zentralnervensystems besonders Naunyn hingewiesen hat. Die demonstrierten Fälle zeigen in evidenter Weise, wie nach Beschaffenheit und Verbreitung einander nahestehende multiple Erkrankungsherde im Zentralnervensystem klinisch völlig verschiedene Krankheitsbilder hervorrufen können.

Autoreferat.

Berger (Jena): Klinische Beiträge zur Melancholiefrage.

Vortr. berichtet über 238 Melancholiefälle, welche in den letzten zwölf Jahren in der psychiatrischen Klinik in Jena behandelt wurden und über welche Nachrichten bis in die neueste Zeit hinein oder bis zu dem Tode des Betreffenden vorliegen. Das Verhältnis der Männer zu den Frauen betrug 1 : 3,1; unter den 238 Fällen waren 145 einmalige und 93 rezidivierende Erkrankungen. Wenn nur Geisteskrankheit, Epilepsie und Potatorium der Aszendenten als belastendes Moment berücksichtigt wurde, fanden sich unter den einmaligen Melancholiefällen 41% erblich Belastete, unter den rezidivierenden Melancholien 54%, darunter eine gleichartige Belastung bei den einmaligen Erkrankungen in 23%, bei den rezidivierenden Fällen in 30%. Eine auslösende Ursache wurde gleich oft für die einmaligen Melancholien und die einzelnen Anfälle der rezidivierenden Melancholien angegeben. Der Vortr. zeigte an der Hand einer graphischen Darstellung die Verteilung der Fälle auf die Lebensjahre, wobei sich ergab, daß das Maximum der Erkrankung an einmaligen Melancholien bei den Frauen in den Zeitraum zwischen dem 45. und 49. Lebensjahr, bei den Männern etwa zehn Jahre später, in die Zeit vom 55. bis 59. Lebensjahr fällt. Die Mehrzahl der Fälle von rezidivierender Melancholie setzt in der Zeit zwischen dem 20. und 24. Lebensjahr ein. In den klinischen Erscheinungen konnten an dem Material des Vortr. wesentliche Unterschiede bei beiden Krankheitsgruppen nicht festgestellt werden. Dagegen zeigte Vortr. wieder an der Hand graphischer Darstellungen, welche die Prozentzahlen der Genesenen in ihrer Verteilung auf jeweils halbjährige Zeitabschnitte enthielten, den rascheren Ablauf der Anfälle der rezidivierenden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Melancholie im Vergleich zu den einmaligen Erkrankungen. Nach einem Jahre waren z. B. von 105 genesenen einmaligen Melancholien 81%, von 168 einzelnen Anfällen der rezidivierenden Erkrankung bereits 97% abgelaufen. Durch graphische Darstellungen wurden auch die Ausgänge der Erkrankungen illustriert, es fanden sich bei den einmaligen Melancholien: 72% Genesene, 10% dauernd Veränderte und 18% Gestorbene; bei den rezidivierenden Erkrankungen 61% (vom Anfall) Genesene, 17% dauernd Veränderte und 22% im Anfall Gestorbene, darunter bei beiden Gruppen 12% Suizide. Eine Verteilung der Fälle nach der Häufigkeit der Erkrankungen ergab 61% einmalige und 39% rezidivierende Erkrankungen. Die Intervalle bei den rezidivierenden Erkrankungen waren großen Schwankungen unterworfen, es fanden sich auch auffallend lange Intervalle von 30, 35 und 38 Jahren. Nach einem Anfall trat bei den rezidivierenden Erkrankungen in 51% der Fälle innerhalb der nächsten fünf Jahre ein zweiter auf und die übersichtliche graphische Darstellung von 267 einzelnen Anfällen bei 88 Kranken ließ oft eine eigentümliche zeitliche Häufung der Anfälle erkennen. Wenn nämlich einmal ein Anfall aufgetreten war, so folgten in 25% der Fälle nun in jährlichen Pausen zwei bis fünf Anfälle, um dann wieder einer anfallsfreien Zeit von zehn und mehr Jahren Platz zu machen, eine Beobachtung, die nur dadurch erklärt werden kann, daß man annimmt, der einzelne Anfall hinterlasse eine gesteigerte Disposition für die gleiche Erkrankung. Vortr. hebt dann das bei seinen Kranken häufiger beobachtete Zusammenvorkommen der einmaligen Melancholie, der rezidivierenden Melancholie und des zirkulären Irreseins bei den verschiedenen Mitgliedern ein und derselben Familie hervor und teilt einige diesbezügliche Beobachtungen mit. Auch Vortr. hat bei einer größeren Anzahl von Kranken, welche bei den Zusammenstellungen nicht verwendet wurden, fließende Übergänge zwischen rezidivierender Melancholie und zirkulärem Irresein beobachtet und hat sich von der nahen Verwandtschaft dieser Erkrankungsformen überzeugt, ebenso wie er wesentliche Unterschiede der einmaligen und rezidivierenden Melancholie nicht auffinden konnte. Vortr. wies noch darauf hin, daß einige Fälle seiner einmaligen Melancholien sich bei einer längeren Beobachtungszeit vielleicht noch als rezidivierende Erkrankungen erweisen könnten, daß aber selbst dann, wenn man bei allen Fällen, bei denen diese Rezidivmöglichkeit besteht, tatsächlich ein späteres Rezidiv annehmen würde, die Zahl der einmaligen und rezidivierenden Erkrankung an Melancholie annähernd gleich groß wäre bei einem Beobachtungsmaterial von 238 Fällen. Trotz der fließenden Übergänge zwischen den einzelnen Krankheitsbildern kann sich Vortr. keineswegs der Ansicht anschließen, welche auch in den einmaligen Melancholien Mischzustände sieht und bei denselben einen manischen Einschlag zu entdecken imstande ist. Vortr. glaubt, auf die Wichtigkeit der praktischen Trennung der Krankheitsgruppen, namentlich vom prognostischen Standpunkt aus, auf das Überwiegen der depressiven Zustände und die Häufigkeit der einmaligen Erkrankungen hinweisen zu müssen. Vortr. schloß mit den bekannten prognostischen Sätzen, welche leider nur eine bedingte Gültigkeit besitzen, daß im jugendlichen Alter einsetzende Melancholien meist rezidivieren, während die vom vierten Lebensjahrzehnt ab auftretenden melancholischen Erkrankungen meist vereinzelt bleiben, und daß ferner der raschere Ablauf der einzelnen melancholischen Erkrankung mehr für eine später rezidivierende Melancholie spricht.

Autoreferat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seige (Jena): Stoffwechseluntersuchungen bei Melancholien und zirkulären Psychosen.

Während in der neueren Zeit der Stoffwechsel der organischen Psychosen genauer untersucht worden ist, sind die sog. funktionellen Psychosen verhältnismäßig vernachlässigt worden, obgleich z. B. gerade die zirkulären Psychosen den Gedanken einer „vererbbaren zellulären Stoffwechselkrankheit" (Ebstein) nahelegen. Die Untersuchungen des Vortr., die noch nicht abgeschlossen sind, erstreckten sich bis jetzt auf drei erstmalige Melancholien und zwei zirkuläre Psychosen. Störungen des Mineralstoffwechsels wurden nicht beobachtet, obgleich z. B. ein Zirkulärer etwa $^1/_2$ Jahr lang in dieser Beziehung kontrolliert wurde. Sämtliche Melancholiker zeigten jedoch zeitweise große Neigung, Stickstoff zu retinieren, und zwar steigerten sich diese Retentionen von Tag zu Tag mehr, bis plötzlich eine große Menge N abgegeben wurde. So retinierte einer dieser Kranken innerhalb fünf Tagen 40 g N. Das Körpergewicht zeigte keine Schwankungen, die diesen Retentionen parallel gegangen wären. Mit dem Einsetzen der Stickstoffretentionen gingen mehrmals starke Angsteffekte einher. Ähnliche Retentionen, die teilweise auch mit Änderungen im psychischen Befinden einhergingen, wurden bei anderen Psychosen von Kaufmann (Halle) und Rhode (München) beobachtet. Bei Melancholie sowohl als bei Manie zeigten sich häufig auf der Höhe der Krankheit starke Indikanmengen (bis zu 0,5 g am Tage). Dieselben sind wohl nicht als ein Produkt der Darmfäulnis anzusehen, da sie durch eine Behandlung, die die Darmfäulnis möglichst beschränkte, nicht herabgesetzt wurden. Für die zentrale Entstehung der Indikanausscheidung spricht ebenfalls ein Fall, bei dem ein Abfall der Indikanausscheidung der Änderung im psychischen Befinden parallel ging; ähnliches hat Kaufmann (Halle) bei Delirium alcoholicum beobachtet, der auch die von ihm gefundenen enormen Indikanmengen bei Dementia paralytica und Epilepsie auf zentrale Einflüsse bezieht. Störungen der Harnsäureausscheidung bei Melancholie und Manie sind schon früher beobachtet worden, so z. B. von Schäfer (Roda) und Taguet. Die Untersucher gelangten jedoch zu verschiedenen Resultaten, da früher die endogene (aus den zersetzten Zellkernen des Organismus und dem Hypoxanthin der Muskeln stammende) Harnsäure von der exogenen (aus den Purinbasen der Nahrung stammenden) nicht scharf unterschieden wurde. Vortr. hat deshalb den endogenen Harnsäurewert der Kranken bei purinfreier Diät nach den von Brugsch und Schittenhelm angegebenen Methoden bestimmt und fand ihn bei Melancholikern normal, jedoch an der unteren Grenze liegend. Bei den beiden untersuchten manisch Kranken fand sich ein ganz exzessiv tiefer Wert (0,18 und 0,16 g). Es wurde weiterhin geprüft, auf welche Weise eingeführtes purinhaltiges Material als Harnsäure wieder im Urin erschien, indem den Kranken nach längerer Zeit purinfreier Diät an einem Tage 500 g Ochsenfleisch verabreicht wurden. Es ergab sich, daß die Melancholiker annähernd normale Verhältnisse zeigten, während bei beiden untersuchten manischen Kranken nach der verabreichten Menge Fleisch überhaupt keine Vermehrung der Harnsäureausscheidung folgte. Da jedoch der eingeführte Purinstickstoff in den beiden nächsten Tagen im Urin wieder erschien, nimmt Vortr. an, daß keine Harnsäureretention stattfindet, sondern daß im Gegenteil die Harnsäure in niedere Verbindungen abgebaut wurde, also in Wirklichkeit eine Beschleunigung des Nukleinstoffwechsels stattfand, eine Erscheinung, die sehr wohl mit dem uns bereits bekannten beschleunigten Ablauf sämtlicher Lebensvorgänge beim Maniakalischen übereinstimmt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Bibliographie.

Peter Schäfer: Über die familiären und konjugalen Fälle von progressiver Paralyse und Tabes dorsalis. Inaugur.-Dissert. Berlin 1909. R. Trenkel. 60 S.

Sch. berichtet über einige in der Bonner Anstalt beobachtete Fälle von gleichartiger Vererbung konsanguinaler und konjugaler Erkrankung an progressiver Paralyse und Tabes. Verf. will daran zeigen, daß die Fälle von konjugaler und besonders von familiärer Paralyse bzw. Tabes durch die Annahme einer Lues nervosa nicht zufriedenstellend erklärt werden. Außer der Syphilis spiele hier eine angeborene oder erworbene Minderwertigkeit des zentralen Nervensystems in der Ätiologie mit. Spielmeyer.

Berze (Wien): Über das Verhältnis des geistigen Inventars zur Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, VI, 5/6, Halle, C. Marhold, 1908.

Die vorliegende Abhandlung gibt wesentlich mehr als ihr Titel verspricht, aber auch weniger. In sehr gut orientierender Weise bringt sie in ihrer größeren ersten Hälfte Psychologisches, dann — vielleicht am wenigsten gelungen — Psychiatrisches, und erst in ihrem letzten Viertel die zur Diskussion stehende „juristisch-psychiatrische Grenzfrage". Auch das „Weniger", das sie bietet, ist aber kein Mangel: eben dadurch, daß Berze seine Frage auf eine recht breite Basis, die Psychologie, stellt, kann er nachher viele Einzelheiten umgehen, kann sich damit begnügen, Richtungslinien zu zeigen für den weiteren Ausbau, kann Schemata und ähnliche Gängelbänder, die vielleicht mancher bei ihm sucht, weglassen. B. bespricht die Qualitäten des geistigen Inventars, seine Bestandteile und deren Eigenschaften (Klarheit und Zerlegtheit der Begriffe, Reichhaltigkeit der Verknüpfungen, Ordnung und Gefühlsbetonung des geistigen Besitzes), geht dann auf die Prüfung des Inventars und — in sehr zweckmäßigen Ausführungen — auf die Bewertung der Ergebnisse dieser Prüfung ein; hierauf erläutert er, wie die Diagnose des Pathologischen auf Grund des Inventars zu stellen ist, und baut schließlich hierauf seine Ausführungen auf über das Verhältnis des geistigen Besitzes zur Zurechnungs- bzw. zur Geschäftsfähigkeit. Haymann (Freiburg i. B.).

Regierungsrat Lenhard (Bruchsal), **Prof. Dannemann** (Gießen), **Oberarzt Oßwald** (Goddelau), **Anstaltsarzt Kullmann** (Butzbach): Die Fürsorge für gefährliche Geisteskranke unter spezieller Berücksichtigung der Verhältnisse im Großherzogtum Hessen. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, VI, 7, Halle, C. Marhold, 1908.

Dannemann gab hier die Referate heraus, die im November 1907 auf der Versammlung der „Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen" über Fragen betreffend die Fürsorge für gefährliche Geisteskranke gehalten wurden. Er selbst erörtert in dem seinigen die prinzipiellste davon: Die verschiedenen Arten der Unterbringung geisteskranker Verbrecher; seine Forderung lautet: Errichtung eines „festen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hauses" bei einer Irrenanstalt zur Unterbringung gefährlicher Geisteskranker, also verbrecherischer Irrer neben irren Verbrechern. Über psychiatrische Strafanstaltsannexe (unter besonderer Berücksichtigung der Abteilung für geisteskranke Verbrecher im Landesgefängnis zu Bruchsal) referiert Lenhard. Nach einem geschichtlichen Überblick über die Entwicklung des Bruchsaler Adnexes teilt er die Erfahrungen, die dort gesammelt wurden, mit, speziell die für Aufnahme und Entlassung gültigen Grundsätze, hebt die zahlreichen Vorteile des Systems hervor, denen gegenüber kleine Nachteile sich kaum merkbar machten. Die Berechtigung einer Sonderstellung der „Gefährlichen" weist Oßwald nach. Er fragt: „Inwiefern stören die kriminellen Geisteskranken den Betrieb der gewöhnlichen Irrenanstalt?" und zählt in seiner Antwort die Nachteile auf, die sich nach seiner eigenen Erfahrung durch jene ergeben für Mitpatienten, Personal, Ärzte und für die öffentliche Sicherheit. Endlich bringt Kullmann Tatsachenmaterial über die Häufigkeit geistiger Störungen in den hessischen Strafanstalten und ihre Behandlung.

Haymann (Freiburg i. B.).

Medizinalrat Balser (Mainz), **Assessor Aull** (Offenbach) **und Dr. Waldschmidt** (Charlottenburg): Der Alkoholismus; seine strafrechtlichen und sozialen Beziehungen und seine Bekämpfung. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, VI, 2/3, Halle, C. Marhold, 1908.

Es sind hier drei Referate über die Alkoholfrage vereinigt, wie sie in den Sitzungen der „Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen" erstattet worden sind. In allen wird mehr oder weniger darauf verzichtet, wesentlich Neues über den Gegenstand zu bieten; als kurze orientierende Zusammenfassung von Bekanntem ist jeder einzelne der Beiträge beachtenswert.

Balser sprach „Zur forensischen Bedeutung des Alkoholismus". Er illustriert seine Ausführungen sehr reichlich mit durchweg charakteristischen Beispielen aus seiner eigenen forensischen Praxis. — Aull behandelt „Alkohol und Verbrechen". Er beleuchtet die Exzesse der Gelegenheitstrinker, der psychisch normalen und der abnormen, sowie die Kriminalität der chronischen Alkoholisten durch eine Reihe von Statistiken, die sich sonst da und dort zerstreut finden. — Die Ausführungen von Waldschmidt endlich beziehen sich auf „Die Behandlung der Alkoholisten". Man kann ihnen nur durchweg beistimmen. So, wenn W. eine viel ausgedehntere Anwendung der Entmündigung von Trunksüchtigen wünscht, wenigstens bis wir ein Trinkerfürsorgegesetz haben werden, durch das dann zwangsweise Internierung in Spezialanstalten ermöglicht werden müßte. So ferner bezüglich der Ausgestaltung dieser Heilstätten, die ärztlich und nicht theologisch geleitet werden müssen.

Haymann (Freiburg i. B.).

Oberjustizrat Dr. Frese (Meißen): Der Querulant und seine Entmündigung. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, VI, 8, Halle, C. Marhold, 1908.

Unter Bezugnahme auf einen ausführlich mitgeteilten Fall bespricht Verf. die Diagnose des Querulantenwahns sowie die für den Arzt und für den Juristen sich erhebenden Fragen, wenn es sich um Entmündigung eines Querulanten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

handelt. Wie zweckmäßig eine klare Darstellung der Sachlage ist, ergibt sich aus Teilen des angeführten Aktenmaterials. Verf. kommt zu dem Schluß, daß der Querulant keineswegs als schlechtweg geschäftsuntähig zu betrachten sei, sondern nur für Angelegenheiten, auf die sich sein Wahn erstreckt; nur in diesem Umfange seien seine Willenserklärungen nichtig, also allerdings auch die diesbezüglichen Eingaben an Behörden, die daher ruhig unbeachtet bleiben können, ohne daß eine Entmündigung nötig wäre. Der Erfolg dieser Praxis sei stets ein guter gewesen. Haymann (Freiburg i. B.).

Longard (Sigmaringen): Über strafrechtliche Reformbestrebungen im Lichte der Fürsorge. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, VI, 4, Halle, C. Marhold, 1908.

„Aus den unendlich vielen aktuellen Fragen, welche hierher gehören," hat L. „nur einige wenige Ideen herausgegriffen", die ihm realisierbar scheinen. Ein wirksames Strafrecht müsse einen Kompromiß darstellen zwischen dem System der Vergeltung (für Gelegenheitsverbrecher) und dem Prinzip des Gesellschaftsschutzes (für Gewohnheitsverbrecher). Das letztere führe zu einer Art Fürsorge, der „Sicherung mit Rücksicht auf die Individualität" nach verbüßter Strafe. Sie wäre Sache des Staates, nicht von Vereinen. — Mit Rücksicht auf die dem Grenzgebiete zwischen gesund und krank angehörenden Verbrecher den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit zu schaffen, hält L. für unheilvoll, da die Schwierigkeiten, die in der Behandlung jener Elemente liegen, überhaupt nicht durch Bestimmungen über die Strafe, sondern durch solche über die Fürsorge zu lösen seien, und zwar wiederum der staatlichen; also: zivilrechtliche, nicht strafrechtliche Bestimmungen! — Ein Feld für die Tätigkeit der Fürsorgevereine biete die Versorgung Jugendlicher, die durch minderwertige Veranlagung oder infolge des Milieus Rechtsbrecher zu werden drohen; dabei, bei Fürsorge- und Zwangserziehung, sei intensivere ärztliche Mitwirkung anzustreben.

Haymann (Freiburg i. B.).

Joh. Bresler (Lublinitz): Die Willensfreiheit in moderner theologischer, psychiatrischer und juristischer Beleuchtung. Halle, C. Marhold, 1908.

In diesem vor der Vereinigung oberschlesischer Juristen und Ärzte gehaltenen Vortrag referiert B. über drei in den letzten Jahren erschienene Schriften zur Freiheit des Willens, eine theologische von Steinmann (Naturgesetz, Gott und Freiheit — Zeitschr. f. Theol. u. Kirche, März 1907), eine psychiatrische von Hoche (Die Willensfreiheit vom Standpunkte der Psychopathologie — Wiesbaden, 1902) und eine juristische von v. Hippel (Willensfreiheit und Strafrecht — Berlin, 1903). Die Gedankengänge der drei Abhandlungen hier noch kürzer wiederzugeben, als es B. selbst schon tut, ist nicht möglich. Es sei daher nur sein Schlußsatz erwähnt, daß Jurist, Psychiater und Theologe trotz verschiedener Ausgangspunkte zu demselben Ziel über den Begriff der Willensfreiheit kommen, zur Annahme eines Determinismus (der Theologe wenigstens insoweit, daß er „nicht nur mit einem Fuß" auf deterministischem Boden steht); diese Tatsache gewähre nicht allein eine Art ästhetischer Befriedigung, sondern sei auch in ihrem Ergebnis, praktisch, nicht zu niedrig zu veranschlagen: die Lehre von der Willensfreiheit ist erschüttert, lebt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nur noch im Reiche des Aberglaubens und der Mystik, Jurist und Theologe brauchen sie ebensowenig mehr, wie der Psychiater sie brauchen kann.

Besonders erwähnt sei nur noch das Vorwort des Schriftchens. Darin gibt B. eine Abwehr gegen den Oberstaatsanwalt Peterson in Hamm, der in der Deutschen Juristenzeitung (1. IX. 1907) „die Bedeutung des Sachverständigen" beleuchtet und dabei speziell die des Psychiaters als eine sehr problematische darstellt. B. führt den Herrn Oberstaatsanwalt gründlich ab, mit Zahlen, Paragraphen und ministeriellen Erlassen, die er ihm vorhält.

Haymann (Freiburg i. B.).

Näcke (Hubertusburg): Über Familienmord durch Geisteskranke. Halle, C. Marhold, 1908.

Näcke versucht, eine „Naturgeschichte des Familienmords durch Geisteskranke" zu geben. Er stützt sich auf 161 Fälle (110 Männer, 51 Frauen); von 63 Fällen aus sächsischen Irrenanstalten teilt er die Krankengeschichten mit; die übrigen entstammen der da und dort zerstreuten Literatur. Nicht einbezogen sind Psychopathen.

Verf. unterscheidet einen vollständigen Familienmord, wo alle Familienglieder getötet werden, und einen unvollständigen, wo dies nicht der Fall ist; besonders der letztere findet sich häufig bei Irren. Die Opfer sind bei Männern meist die Ehefrau, bei Frauen die Kinder, namentlich das jüngste. Männer bevorzugen Schlaginstrumente, Schuß- und Stichwaffen, Frauen das Messer oder das Erwürgen. Bei Männern handelt es sich, in absteigender Häufigkeit, um chronischen Alkoholismus, Paranoia, Epilepsie, bei Frauen um Melancholie, Paranoia, Dementia praecox. Ungemein häufig fand sich erbliche Belastung der Täter.

Haymann (Freiburg i. B.).

IV. Referate und Kritiken.

Neurosen und Verwandtes.

Eduard Müller: Die Behandlung der Neurasthenie. Klinischer Vortrag. (Deutsche medizin. Wochenschr., 1908, Nr. 50.)

Es werden alle Behandlungsmethoden besprochen, dabei wird aber auf die psychische Beeinflussung der Kranken ein besonders großer Wert gelegt.

Müller (Dösen).

Cornelius: Der objektive Nachweis der subjektiven peripherisch-nervösen Beschwerden.

(Deutsche medizin. Wochenschr., 1908, Nr. 53.)

Cornelius wendet sich scharf gegen die Anschauung von dem rein zentralen Ursprung von funktionellen Nervenkrankheiten (Hysterie, Neurasthenie) und das Ersetzen des fehlenden „neurologischen" Bodens der Forschung durch den „psychiatrischen". In dem Nachweis seiner Nervenpunkte glaubt er ein denkbar einfaches und sicheres Unterscheidungsmerkmal für die zentral und die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

peripherisch begründeten Beschwerden, überhaupt ein objektives Beweismittel für deren Bestehen gefunden zu haben. Er setzt den peripherischen sogar zentrale Nervenpunkte gegenüber, so bei ausgesprochenen Psychosen, bei Tabes, Paralyse, Epilepsie usw., fügt freilich selbst hinzu, es sei nur eine Hypothese!

Müller (Dösen).

Heinrich Klien: Der Begriff der Hysterie im Lichte der jüngsten Arbeiten (Sammelreferat).

(Zeitschrift f. Psychotherapie u. med. Psychologie, Bd. I, Heft 1.)

Übersicht über die jüngsten Arbeiten auf dem Gebiete der Hysterie; dieselben werden einzeln kritisch besprochen. Einen großen Teil des Referates nimmt die Beschäftigung mit den Lehren Freuds und seiner Anhänger ein. Die Stellungnahme des Verfassers zu den Anschauungen Freuds ist sehr zurückhaltend. Die Konversionslehre bekämpft er zwar nicht selbst, scheint sogar, wie man aus der Darstellung seiner Ansichten am Schluß der Arbeit entnehmen könnte, in mancher Beziehung ihr beizupflichten. Die übrigen Punkte, besonders die Ursächlichkeit des Sexualkomplexes, erklärt er zum mindesten für unbewiesen. Von den Arbeiten der Anhänger Freud's läßt er eigentlich nur die Methodik Jung's-Ricklin's gelten; die daraus gezogenen Folgerungen verwirft er aber zum großen Teil ebenfalls. Man vermißt die Berücksichtigung der Fortentwicklung der Freud'schen Lehre, welche nicht mehr dem „sexuellen Trauma" an sich, sondern dem sexuellen Entwicklungsgange der Hysterischen, ihrer spezifischen Art, auf sexuelle Erlebnisse mit der „Verdrängung" zu reagieren, die wesentliche Rolle zuschreibt. Freud stellt den Begriff der hysterischen Veranlagung wieder in den Vordergrund, charakterisiert ihn aber als eine spezifisch sexuelle Veranlagung, als „eine Störung jener Vorgänge des Organismus, welche die Bildung und Verwendung der geschlechtlichen Libido bestimmen" (vgl. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie und Freud's Aufsatz in Löwenfeld's Sexualleben und Nervenleiden).

Der Verfasser scheint im wesentlichen der Babinski'schen Auffassung der Hysterie zuzuneigen, als eines Sammelnamens für recht verschiedenartige Krankheitszustände, welche weder klinisch noch psychologisch eine Einheit bilden. Er unterscheidet drei große Gruppen von Symptomen:

1. Diejenigen Symptome, welche durch den Einfluß bewußter oder unbewußter Vorstellungen über Funktionen des Körpers oder Geistes auf diese Funktionen entstehen können (ideogene-pithiatische Symptome Babinski's).

2. Symptome, welche durch eine krankhaft gesteigerte und eventuell krankhaft lange anhaltende Rückwirkung der Affekte auf Körper und Geist hervorgerufen werden.

3. Symptome, die aus einer krankhaft gesteigerten Affekterregbarkeit entstehen.

Symptome der zweiten und dritten Gruppe sind oft schwer voneinander zu unterscheiden; man kann eben nicht recht beurteilen, ob ein Mißverhältnis zwischen Affektanlaß und Affekt oder zwischen Affekt und Affektausdruck vorliegt. Der Affektverdrängung glaubt er gewisse Wirkungen zuschreiben zu können; sie kann möglicherweise zur Komplexbildung und -absonderung führen; auch eine gewisse Mechanisierung der Affektwirkungen und eine starke Ansprechbarkeit dieser Mechanismen gibt er zu. Das eigentliche Charakteristische

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seien aber die ideogenen Symptome; die Vorstellungen, denen sie entspringen, werden hervorgerufen durch ein Interesse am Kranksein oder durch Krankheitsbefürchtungen. Die Stigmata hält er, wie Babinski-Strümpell, für suggestiv, häufig durch die ärztliche Untersuchung, determiniert. Den sogenannten hysterischen Charakter hält er mit Bernheim nicht für typisch für Hysterie, wenn auch auf dem Boden dieses degenerativen Charakters häufig Hysterie sich entwickelt. Von Hysterie könne man, wenn man das Wort nicht ganz fallen lassen will, dann reden, wenn die ideogenen Symptome in einer Psychoneurose dominieren, von hysterischer Reaktion, wenn sie bei anderen Krankheiten als psychische Reaktion auf das Erlebnis des Krankseins — gewissermaßen als Nebenprodukt — auftreten. Koschella (Stuttgart).

Sigm. Freud: Allgemeines über den hysterischen Anfall.

(Zeitschrift f. Psychotherapie u. med. Psychologie, Bd. I, Heft 1.)

Der hysterische Anfall ist der pantomimische Ausdruck einer Phantasie, gleichwie der Traum der halluzinatorische, beide sind aber so entstellt, daß sie weder dem eigenen Bewußtsein, noch dem Zuschauer ohne weiteres verständlich sind. Unverständlich wird der Anfall, wie der Traum, 1. durch Verdichtung, d. h. dadurch, daß er mehrere Phantasien gleichzeitig zum Ausdruck bringt; 2. durch mehrfache Identifizierung, d. h. dadurch, daß er die Tätigkeit mehrerer Personen darstellt; 3. durch antagonistische Verkehrung der Innervation, d. h. dadurch, daß er oft gerade das Gegenteil von dem darstellt, was er eigentlich bedeuten soll; 4. durch Umkehrung in der Zeitfolge; er beginnt oft mit dem Ende der Handlung.

Der Anfall kann hervorgerufen werden: 1. assoziativ, durch eine Anknüpfung des bewußten Lebens; 2. organisch, aus somatischen oder psychischen Gründen, welche die Libido steigern; 3. im Dienste der „primären Tendenz", als Flucht in die Krankheit aus einer peinlichen Wirklichkeit; 4. im Dienste der „sekundären Tendenz", zur Erreichung eines möglichen Zweckes; er kann dadurch den Eindruck bewußter Simulation hervorrufen. Der Anfall ist der Ersatz einer ehemals ausgeübten autoerotischen Befriedigung. Die Anamnese ergibt folgenden Entwicklungsgang: 1. autoerotische Befriedigung ohne Vorstellungsinhalt; 2. dieselbe im Anschluß an eine Phantasie; 3. Phantasie ohne autoerotischen Akt; 4. Verdrängung der Phantasie; 5. Hervortreten derselben im Anfall mit oder ohne Darstellung einer erotischen Aktion. Harnabgang und Zungenbiß widersprechen nach Freud nicht der Diagnose eines hysterischen Anfalls; ersterer ist ja auch eine infantile Form der Pollutionen (Enuresis nocturna), Bisse sind ein häufiger Ausdruck des Liebesspieles. Der Bewußtseinsverlust im Anfall entspricht dem auf der Höhe jeder intensiveren Sexualbefriedigung bestehenden. Zustande kommt der Anfall auf dem Wege des stets bereitgehaltenen Reflexmechanismus der Koitusreaktion. Von seiner Annahme einer bisexuellen Anlage des Menschen ausgehend (vgl. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie) faßt Freud den Anfall beim Weibe auf als ein symbolisch dargestelltes Stück verdrängter männlicher Sexualbetätigung; er will auch oft die Beobachtung gemacht haben, daß gerade hysterische Mädchen bis in die Vorpubertät hinein auffallend knabenhaftes Wesen zeigten.

Koschella (Stuttgart).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wimmer: Über Astasie-Abasie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 35, Heft 5 u. 6.)

Mitteilung von sechs Krankengeschichten von Abasie-Astasie mit besonderer Berücksichtigung der die Störung auslösenden Ursachen. In mehreren Fällen war die „Erinnerung" an einen früher vorhandenen otogenen Schwindel die Ursache für das Auftreten der Gangstörung. Kalberlah.

F. C. R. Eschle: Die Erziehung zur Arbeit und durch Arbeit als souveränes Mittel der psychischen Therapie.

(Zeitschrift f. Psychotherapie u. med. Psychologie, Bd. I, Heft 1.)

Die ausführliche Arbeit hat zur theoretischen Grundlage Ottomar Rosenbach's Lehre von der Energetik des lebenden Organismus; praktisch stellt sie das Ergebnis dar, eigener und fremder Erfahrungen, die seit Jahrzehnten in den Pflegeanstalten mit der Beschäftigung der Insassen gemacht wurden.

Verfasser hält, wie Dubois, die aufklärende, erziehende Form der psychischen Therapie, welche den Patienten zum denkenden Mitarbeiter an dem Heilungswerke gewinnen will, im Gegensatz zur rein suggestiven, für den wertvollsten Teil derselben, und mißt der Arbeit die Hauptrolle bei dieser erziehenden Tätigkeit bei. Die Arbeit soll aber nicht bloß als eine Art Heilgymnastik, nicht nur als eine der Hauptquellen der oxygenen Energie betrachtet werden, man muß in ihr vor allem einen Regulator für die psychischen Funktionen erblicken, der die gesundmachende und gesunderhaltende Harmonie im psychisch-somatischen Betriebe gewährleistet und Exzesse oder Einseitigkeiten der Leistung moderiert. In diesem Sinne aufgefaßt dient sie zunächst der Verdrängung krankhafter Assoziationen, der Ablenkung, „Zerstreuung". Ablenken kann aber nur eine zweckmäßige, zielbewußte, den Geist befriedigende Beschäftigung; geisttötende Muskelarbeit, wie mechanisches Turnen, Arbeit am Ergostaten usw., hindert die Aufmerksamkeit nicht, auf Abwege zu geraten. Sie dient ferner der Ausbildung sozialer Triebe und läßt auf dem Boden des Egoismus erwachsende schädliche Neigungen, wie sie gerade bei Nervenkranken so häufig vorhanden sind, nicht aufkommen. Sie ist das einzige Mittel, die Willensenergie zu stärken, und zwar kann man mit ihr sowohl der „resolutorischen Insuffizienz", der Unentschlossenheit, durch Forderungen von Leistungen, die an die Initiative appellieren, als der „perseverativen Insuffizienz", dem Mangel an Ausdauer, der Neigung so vieler Nervöser, „Anfänge ohne Fortsetzung und Fortsetzungen ohne Anfang" zu liefern, erfolgreich entgegenwirken. Vor allem ist nichts so geeignet als die Arbeit und die mit ihr verbundene Verantwortlichkeit, das Pflichtgefühl auszubilden. Dem Mangel an wirklichen Pflichten schreibt der Verfasser mit Recht so häufig den Hang zu krankhaften Vorstellungsverbindungen zu, und in unserer modernen Erziehung beklagt er nichts so sehr, als die mangelhafte Ausbildung des Pflichtgefühls. Erziehung zur freudigen Übernahme und Erfüllung von Pflichten und damit zur Freude am Leben soll und kann eine zielbewußte Arbeitstherapie leisten. Der Mensch soll nach Möbius „wieder fröhlich sein in seiner Arbeit". Dazu ist aber vor allem nötig die richtige Auswahl der Arbeit für den einzelnen; das gesamte Tun und Lassen im Bereiche des Körperlichen und Seelischen muß geregelt werden, und meistens kommt es nicht so sehr darauf an, zu zeigen, was, sondern wie gearbeitet werden soll.

Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Der Verfasser bespricht sodann die Prinzipien, nach welchen er in Sinsheim die Arbeitstherapie durchführt: 1. Jeder Zwang ist ausgeschlossen, dagegen müssen alle anderen Mittel der Psychotherapie angewandt werden, um den Kranken zur Arbeit zu veranlassen; 2. Ordnung und Korrektheit muß in den Arbeiten herrschen; vor allem muß jede begonnene Arbeit zu Ende geführt werden; denn die Freude an den Resultaten wandelt sich ganz allmählich in die Freude zur Arbeit als solcher um; 3. Unerfreuliche Arbeiten müssen mit erfreulichen abwechseln; erstere sind durch die dazu notwendige Selbstüberwindung oft von nicht zu unterschätzendem Wert; 4. Geistige Beschäftigung darf nicht zugunsten körperlicher vernachlässigt werden; 5. Die Beschäftigung muß einen realen Zweck haben; Spielereien müssen ausgeschaltet werden, wobei aber zu berücksichtigen ist, daß für manche Kranke zweckmäßige Beschäftigung sein kann, was man beim Gesunden für Spielerei halten würde; 6. Bei der Verteilung der Arbeiten sollen lediglich die kranke Persönlichkeit und ihre Leistungsfähigkeit maßgebend sein, nicht hergebrachte gesellschaftliche Rücksichten und wenn irgend möglich auch nicht wirtschaftliche Erwägungen. Zur Durchführung dieses Grundsatzes ist eine gewisse Einfachheit der ganzen Lebensführung nötig. Nach Besprechungen verschiedener für Anstalten in Betracht kommender Arbeitsgebiete und Anführung einiger Krankengeschichten kommt Verfasser noch auf das Krankenmaterial zu sprechen, welches neben den Unfallneurotikern das Hauptkontingent der heutigen Nervenheilstätten bildet: es sind die an wirklicher oder vermeintlicher Erschöpfung leidenden Nervösen. Er warnt mit Recht vor der noch weitverbreiteten Schablone, alle möglichen Beschwerden der Nervösen auf Erschöpfung zurückzuführen und mit strengen, langdauernden Ruhekuren heilen zu wollen. In Anlehnung an O. Rosenbach unterscheidet er drei Hauptgruppen von Nervösen: 1. die kleine Gruppe der an einer rein akuten Erschöpfung leidenden; hier ist für die erste Zeit viel Ruhe nötig, dann langsam steigende Ansprüche; 2. die viel zahlreicheren konstitutionell Nervösen, welche an periodischen Erschöpfungszuständen leiden; sie zeigen fast ausnahmslos eine gewisse Arbeitshast, die Erschöpfung ist bei ihnen die Folge einer abnormen Produktionsweise, bei ihnen gilt es vor allem, den richtigen Rhythmus der Arbeit, das richtige „Wie“ herauszufinden; 3. die abulischen, welche oft Zeichen psychischer Degeneration aufweisen; ein Teil von ihnen sucht instinktiv die Rechtfertigung für ihre Minderwertigkeit im Kranksein, sie sträuben sich förmlich dagegen, gesund zu werden; ein anderer Teil will zwar gesund werden, aber ohne sein Zutun. Hier kann nur eine Änderung der ganzen Lebensweise und Willensrichtung helfen, wofür neben allen anderen psychotherapeutischen Methoden wiederum eine richtige Arbeitstherapie das souveräne Mittel ist.

Der Verfasser ist der Meinung, daß sich eine ersprießliche Arbeitstherapie nur in Anstalten durchführen lasse, aber keinesfalls in der üblichen kurzen Zeit eines Erholungsurlaubs. Zweifellos bietet die Anstalt, schon infolge ihres Arbeitsmilieus, die besten Chancen, aber auch in der ambulanten Praxis wird sich manch schöner Erfolg erreichen lassen, und gerade der Umstand, daß eine gründliche Psychotherapie recht lange Zeit in Anspruch nimmt, und die meisten Nervösen so lange ihrem Berufe nicht entzogen werden können und auch nicht sollen, drängt dazu, die Erfahrungen des Autors auch in der ambulanten Praxis nutzbar zu machen. Darum sei das Studium der an feinen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

psychologischen Bemerkungen reichen Arbeit auch dem Nicht-Anstaltsarzt angelegentlichst empfohlen. Ein sehr reichliches Literaturverzeichnis ist der Arbeit hinzugefügt. Koschella (Stuttgart).

Josef Handelsmann: Experimentelle und chemische Untersuchungen über das Cholin und seine Bedeutung für die Entstehung epileptischer Krämpfe.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 35, H. 5 u. 6.)

Verfasser kommt auf Grund seiner experimentellen und chemischen Untersuchungen zu dem Schluß, daß aller Wahrscheinlichkeit nach in der Zerebrospinalflüssigkeit kein Cholin vorkommt oder aber in solchen Quantitäten, welche man chemisch nicht bestimmen kann, und daß infolgedessen das Cholin wahrscheinlich bei der Entstehung der Krämpfe epileptischen Charakters bei den Menschen keine Rolle spielt (er konnte weder durch subdurale resp. intrazerebrale noch durch intravenöse Injektionen von Cholin bei Tieren epileptische Anfälle hervorrufen). Kalberlah.

Volland: Epilepsie bei Geschwistern.

(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendlichen Schwachsinns, 1908, Heft 4.)

Statistische Ausarbeitung an der Hand von 24 dem Verfasser genauer bekannten Familien. Die epileptischen Geschwister standen häufig in der Geburtenfolge nebeneinander und zeigten ähnliche Krankheitsäußerungen. Interessant ist eine Familie mit gleichfalls familiären multiplen Exostosen.

Müller (Dösen).

Woltär (Kleischa-Aussig): Bemerkenswerte Fälle aus der Anstaltspraxis.

(Prager med. Wochenschr., 1909, Nr. 11.)

1. „Halbseitige Krampfanfälle hysterischer Natur." Typische Hysterica mit klonisch-tonischen Krämpfen der linken Körperhälfte vom Charakter der Jackson'schen Rindenepilepsie, der gegenüber Woltär die Möglichkeit des Vorkommens gleichartiger hysterischer Krämpfe besonders betont, um vor verkehrter Therapie (Trepanation) zu schützen.

2. „Drei Fälle von Epilepsie auf luetischer Basis." Ein Fall reagierte prompt auf antiluetische Behandlung, ein zweiter fast gar nicht, ein dritter ebenfalls nicht (hier war eine Paralyse nicht ausgeschlossen).

3. „Seltene Aura- und Absenceerscheinungen bei einem Epileptiker."

Der dritte der Epileptiker unter 2. hatte immer in der Aura dasselbe Bild vor sich: einen herunterhängenden Strick, den er um ein Stück kürzen mußte, jedes folgende Mal war dieser um das früher abgeschnittene Stück kürzer! In absenceartigen Bewußtseinstrübungen sah er immer die Situation vor sich, die zur Zeit des allerersten Anfalles vorhanden gewesen war.

Liebetrau (Hagen i. W.).

v. Orzechowski: Pathologische Anatomie und Pathogenese der Chorea minor.

(Obersteiner's Arbeiten, XVI, 530.)

In einem Falle von Chorea minor fanden sich frische Embolien im Gehirn, deren Entstehung in die letzten Lebenstage des Individuums zu setzen war und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die daher nicht zur Erklärung der hier Wochen dauernden Chorea herangezogen werden können. Die Lokalisation zahlreicher Herde in den motorischen Rindenbezirken dürfte dazu beigetragen haben, daß zuletzt die choreatischen Bewegungen nachließen. Eine mit Marchi nachweisbare Degeneration in der Gegend der Nuclei dentati war ebenfalls pathogenetisch nicht verwertbar, da Kontrollpräparate ähnliche und selbst stärkere Veränderungen ohne entsprechende klinische Symptome aufwiesen. Auch der Befund von Kernansammlungen um die Ganglienzellen der Thalamuskerne war nicht eindeutig, verdient aber weitere Berücksichtigung. Es ließ sich also keine Veränderung feststellen, die mit Sicherheit als pathologische Grundlage der Chorea angesprochen werden konnte. Dasselbe Urteil gilt auch für die bisher in der Literatur niedergelegten pathologisch-anatomischen Befunde bei der Chorea. In fast allen war eine septische resp. pyämische Affektion mit größerer oder geringerer Wahrscheinlichkeit nachweisbar und auf diese der objektive anatomische Befund zu beziehen.

Cassirer.

Hans Curschmann: Eine neue Chorea-Huntingtonfamilie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 35, Heft 3 u. 4.)

Mitteilungen über eine mit Huntington'scher Chorea behafteten Familie, bei der vor allem wieder die von Heilbronner festgestellte progressive Heredität auffallend stark in Erscheinung tritt. Kalberlah.

H. Dexler: Klinische Untersuchungen über die sog. Chorea der Hunde.

(Naturwiss. Wochenschrift „Lotos" [Prag] 1909, Bd. 57, Heft 2, Sonderabdruck von 28 Seiten.)

In der biologischen Sektion des naturwissenschaftlich-medizinischen Vereins „Lotos" in Prag stellte Prof. H. Dexler vom tierärztlichen Institut zwei Hunde mit sog. „Hundechorea" vor, um u. a. auch das Urteil der anwesenden Psychiater über dieses Leiden zu hören. Es handelte sich um folgendes Krankheitsbild. Bei beiden Tieren, die sich sonst guten Wohlbefindens erfreuten, stellten sich bei dem einen in Anschluß an eine Staupe, rhythmische Zuckungen von ausgesprochen ticartigem Charakter ein, die in Pausen von etwa einer Sekunde sich wiederholten und vorwiegend in den Muskeln der Extremitäten lokalisiert waren, indessen auch, wenngleich schwächer, andere Körpermuskeln ergriffen hatten. Im Schlafe waren sie fast gänzlich reduziert, bei Äther- und Chloroformnarkose verschwanden sie vollständig, dagegen wurden sie durch hohe Dosen Morphium nicht beeinflußt. Alle Muskeln krampften sich gleichzeitig und unabänderlich in gleicher Weise. Das Leiden blieb auf diejenigen Muskeln beschränkt, in denen es einmal aufgetreten war, und dauernd bestehen.

Unter Bezugnahme auf diese beiden Fälle macht Verf. von neuem gegen eine Identifizierung des vorliegenden Krankheitsbildes mit der Chorea des Menschen Front, im besonderen gegenüber Joest, der für eine Wesenseinheit beider Zustände erst kürzlich wieder eintrat. Verf. setzt des Ausführlichen auseinander, inwiefern kein Zusammenhang zwischen menschlicher Chorea und den Staupetics besteht. Es handelt sich bei letzterer um eine lokalisierte, organische Nervenerkrankung, die durch den Nachweis einer Entzündung des Rückenmarkes oder Gehirns wiederholt erbracht worden ist. Auch sprechen für solche Auffassung außer den Entzündungsherden die Ergebnisse der Durchschneidungs-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

experimente, sowie die häufigen Monoparesen, Paralysen und der korrespondierende Muskelschwund, der gar nicht selten gefunden wird. Die anwesenden Psychiater und Neurologen gaben in der Diskussion Dexler recht.

Buschan (Stettin).

Th. Frankl: Die physikalische Therapie der Chorea.

(Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie, 1909, Bd. XII, Heft 12.)

Schilderung, in welcher Weise im Sanatorium zu Zuckmantel die Choreafälle behandelt werden. Am günstigsten wirken maschinelle Heilgymnastik und Massage sowohl auf leichte als auch schwere Fälle ein, die letztere in Form von täglich durchgeführter Effleurage. Erst später, wenn die choreatischen Bewegungen derart nachgelassen haben, daß sämtliche heilgymnastischen Apparate zur Verwendung kommen können, wird die von Roth angegebene Übungstherapie vorgenommen, die sich auch sehr bewährt. Unterstützend wirkt während der Kur die Hydrotherapie in Form von Abreibungen und Halbbädern ein. Von der Anwendung der Elektrizität wurde gänzlich Abstand genommen. Zwei Beobachtungen illustrieren im einzelnen diese Behandlung.

Buschan (Stettin).

Luger: Über Myoklonie.

(Jahrbücher f. Psych. u. Neurol., Bd. 29, 2/3.)

Kasuistische Mitteilung über Paramyoclonus multiplex bei zwei Geschwistern.

Chotzen.

E. M. van Buskirk (Fort Wayne, Ind.): Paramyoclonus multiplex (Friedreich).

(Medical Record, 1909, Bd. 75, Nr. 8.)

23jähriges Fräulein mit guter persönlicher und Familienvorgeschichte. Vor zwei Jahren begannen ihre Anfälle sechs Monate, nachdem sie einen Unterleibstyphus überstanden hatte, und wiederholten sich von zehn- bis zwölfmal am Tage bis zu nur einem in der Woche. Allmählich wurden sie seltener und milder, bis sie einmal auf ungefähr zwei Monate gänzlich fortblieben. Dann kehrten sie mit der alten Heftigkeit zurück, ließen noch einige Male nach, verschwanden aber gänzlich nicht wieder. Oft stellten sich die Anfälle ohne jegliche Vorboten ein, es gingen ihnen aber Aufregungszustände voraus. Manchmal zeigten sich einige wenige kräftige Zuckungen in einem oder mehreren der ergriffenen Muskeln, bevor der Anfall einsetzte. Derselbe bestand in sehr schnellen (gegen 100 in der Minute) klonischen Zuckungen der Muskulatur des Rumpfes, der Arme und der Beine. Im besonderen waren ganze Gruppen des Schulter- und Beckengürtels ergriffen. Der Anfall dauerte gegen zwei Stunden und ließ erst nach, als Verf. den Fußklonus zu erhalten suchte. Wurde die Aufmerksamkeit auf irgend eine andere Sache gelenkt, so ließen die Zuckungen nach. Die Muskeln des Gesichtes, der Hände und Füße blieben frei. Die Kniesehnen- und andere Reflexe waren gesteigert, aber Hornhaut- und Pupillarreflex waren normal. Während der ganzen Zeit war die Kranke bei vollem Bewußtsein. Die weitere Untersuchung ergab keine Anzeichen für Hysterie. Sensibilität vollkommen intakt. Sonst war am Körper nichts Krankhaftes aufzufinden.

Buschan (Stettin).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eduard Müller: Über „hereditären Nystagmus".

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 35.)

Mitteilung eines Stammbaums einer Familie, in der Nystagmus erblich auftrat und zwar zeigte sich, daß einzig allein die männlichen Familienangehörigen an Nystagmus erkrankten, die Weitervererbung jedoch nur durch die ausnahmslos verschont gebliebenen weiblichen Individuen erfolgte. Kalberlah.

Richard Stern: Differentialdiagnose und Verlauf des Morbus Basedowii und seiner unvollkommenen Formen.

(Jahrbücher f. Psych. u. Neurol., Bd. 29, 2/3.)

Behufs Feststellung der Prognose suchte Verf. 300 Fälle von Morbus Basedowii zu verfolgen, es gelang ihm davon 110 nachzukontrollieren. Dabei zeigte sich, daß eine einheitliche Betrachtung des Morbus Basedowii und der „Formes frustes" nicht möglich ist, sondern, daß mehrere verschiedene Verlaufsformen zu unterscheiden sind; der typische Morbus Basedowii und der degenerative, das ist eine Vereinigung einer erblich degenerativen Veranlagung mit Morbus Basedowii; ferner die Formes frustes, die sich ihrerseits in das Kropfherz und seine Verbindung mit der Degeneration scheiden, einen Komplex, den Verf. „Basedowoid" nennt. Die neurasthenisch-hysterischen Symptome haben eine große Selbständigkeit; sie zeigten sich nicht an die Basedowsymptome gebunden, reichten vielmehr bei dem degenerativen Basedow und dem „Basedowoid" bis in die früheste Jugend zurück. Als echter Basedow sind nur die Fälle mit der typischen Symptomentrias zu bezeichnen, insbesondere der Exophthalmus darf nicht fehlen. Diese Erkrankung hat keine Vorgeschichte, beginnt immer akut nach einer Gelegenheitsursache, es treten rasch alle Symptome gleichzeitig auf. Nervöse Erscheinungen bestehen hier nur während der Haupterkrankung. Bei den degenerativen Formen dagegen sind diese von Jugend an nachzuweisen, dann kommt akut der Ausbruch einer Basedowerkrankung hinzu; er betrifft Kranke mit starker erblicher Belastung. Das gleiche ist mit dem „Basedowoid" der Fall. Auch bei ihm bestehen die Erscheinungen von Jugend an, er beginnt ganz chronisch, eine bestimmte Ursache findet sich nicht, alle Erscheinungen zeigen anfallsweise Verschlimmerungen und Besserungen; es tritt nicht der gesamte Symptomenkomplex des Basedow auf, es fehlen einzelne Bestandteile, vor allem der Exophthalmus; immer stehen die nervösen Symptome im Vordergrund. In einer Übersicht über die einzelnen Symptome werden die Unterschiede eingehend auseinandergesetzt.

Die Prognose beider Formen ist nun die: Die echten Basedowfälle hielten eine Zeitlang gleichmäßig an, nach mehreren Jahren heilten sie, bis auf die Protrusio bulbi; die nervösen Beschwerden speziell schwanden wieder völlig. Die Mortalität ist ziemlich groß. Bei den degenerativen blieb nach Abheilung des Basedow außer der Protrusio bulbi auch die Nervosität bestehen. Beim „Basedowoid" ist der Verlauf äußerst chronisch, nur selten traten weitgehende Besserungen der nervösen und Herzbeschwerden ein, sie rezidivierten immer wieder, die Sterblichkeit ist gering.

Verf. hat nun nie beobachtet, daß die eine Form in die andere überging, daß etwa der Morbus Basedowii in der Rückbildung ein Stadium durchmachte wie das „Basedowoid". Wenn er heilte, schwanden alle Symptome bis auf die Protrusio bulbi, bei den Degenerierten nur blieb die schon vorher vorhandene

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Neurose bestehen. Bei dem „Basedowoid" aber bestand dauernd der abortive Symptomenkomplex mit vielfachen Schwankungen, niemals kam es zur vollen Ausbildung des echten Basedow.

Verf. glaubt also, daß diese beiden Erkrankungen, das Kropfherz und der Morbus Basedow zwei verschiedene, voneinander zu trennende Krankheitsbilder sind, die beide einmal für sich allein auftreten, andere Male sich zu einer degenerativ-nervösen Anlage hinzugesellen. Chotzen.

Psychiatrie.

R. Vogt (Kristiania): Apperzeptive Sehschwäche bei manisch-depressivem Irresein.

(Zeitschrift f. Psychotherapie u. med. Psychologie, Bd. I, Heft 1.)

Kurze Mitteilung eines Falles, bei welchem Unklarheit der Gesichtsempfindungen nicht durch Herabsetzung der Sehschärfe, sondern durch Erweiterung des geistigen Blickpunktes, durch Verwischung des Unterschiedes zwischen Zentrum und Peripherie des Sehfeldes hervorgerufen ist.

Koschella (Stuttgart).

V. Vermischtes.

Programm
für den psychiatrischen Fortbildungskurs in München vom 25. Oktober bis 13. November 1909.

1. Alzheimer: Normale und pathologische Histologie der Hirnrinde. 20 Stunden.
2. Brodmann (Berlin): Topographische Histologie der Hirnrinde. 8 Stunden.
3. Isserlin: Psychodiagnostik und Psychotherapie. 6 Stunden.
4. Kattwinkel: Neurologische Demonstrationen. 8 Stunden.
5. Kraepelin: Klinische Demonstrationen. 15 Stunden.
6. Kraepelin: Klinische Experimentalpsychologie. 6 Stunden.
7. Liepmann (Berlin): Aphasie, Apraxie und Agnosie. 10 Stunden.
8. Plaut: Serodiagnostik und Zytodiagnostik. 6 Stunden.
9. Rüdin: Tatsachen und Probleme der Entartung. 6 Stunden.
10. Rüdin: Forensische Demonstrationen. 6 Stunden.
11. Weiler: Physikalisch-klinische Diagnostik. 8 Stunden.

Besichtigung der Klinik, der Anstalten Eglfing und Gabersee.

Die Vorlesungen finden in der psychiatrischen Klinik statt und beginnen am 25. Oktober, vormittags 9 Uhr. Honorar 60 Mk.

Weitere Auskünfte erteilt Dr. Alzheimer, psychiatrische Klinik, Nußbaumstraße 7.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Zweites Juliheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

(Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Breslau.)

Zur Frage der exogenen Psychosen[1]).

Von
K. Bonhoeffer.

In den letzten Jahren habe ich die psychischen Störungen, die man im Gefolge von akuten Infektionskrankheiten, bei infektiöser Chorea, bei akuten erschöpfenden Erkrankungen anderer Art, bei Kachexie, bei anämischen Prozessen, bei den Autointoxikationszuständen der hydropischen Erkrankungen, der Urämie, der Cholämie, beim Diabetes und bei Basedow auftreten sieht, eingehender an eigenem Material, wie in der Literatur verfolgt. Eine zusammenfassende Untersuchung dieses Gebietes ist in der heutigen Phase unseres psychiatrischen Wissens vielleicht schon deshalb nicht ohne Wert, weil der Fortschritt, den die letzten Jahrzehnte vor allem in der Kenntnis der manisch-depressiven und der Dementia praecox-Gruppe gebracht haben, eine Revision der älteren Beobachtungen und Anschauungen erforderlich macht. Die Möglichkeit schärferer differentialdiagnostischer Scheidungen ließ erwarten, daß sich auch die im Gefolge der genannten exogenen Schädigungen auftretenden psychischen Typen klarer hervorheben werden.

Ein Überblick über das gesamte Material zeigt nun, daß sich gewisse psychische Reaktionsformen in besonderer Häufigkeit finden. Auf Einzelheiten, wie z. B. auf die Sonderstellung, die der Diabetes und die Chorea einnehmen, gehe ich an dieser Stelle nicht weiter ein.

Als solche exogene Reaktionsformen sind zu nennen die Delirien, als seltenere Modifikationen von ihnen die halluzinoseartigen Erkrankungen, dann epileptiforme Zustände, bald mehr vom Charakter der angstvoll phantastischen oder der furibunden motorischen Erregung, bald mehr in der Form ruhiger affektloser Dämmerzustände. Weiterhin finden sich stuporöse Typen, endlich Amentiabilder, die bald mehr ein halluzinatorisches, bald ein katatonisches oder endlich das Bild der Dissoziation zeigen.

[1]) Vortrag im Verein ostdeutscher Psychiater am 13. März 1909.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auf die spezielle symptomatologische Betrachtung dieser Einzeltypen kann ich in diesem Zusammenhang verzichten. Man findet sie mit im wesentlichen nur quantitativen Unterschieden bei der Gesamtheit der genannten Schädigungen. Eine ätiologische Differenzierung der klinischen Bilder im einzelnen nach Fieber, Infektion, Erschöpfung, Autointoxikation usw. versagt.

Ich halte es für berechtigt, die genannten Bilder als die akuten psychischen Typen exogener Genese ganz im allgemeinen anzusprechen.

Dafür spricht neben dem einheitlichen Auftreten bei den ätiologisch so differenten, zu Beginn genannten somatischen Erkrankungen vor allem auch die Übereinstimmung mit den akuten psychischen Bildern bei den chronischen Intoxikationen, vor allem beim Alkoholismus, aber auch bei anderen häufiger beobachteten chronischen Intoxikationen. Ich kann dabei auf Schroeder's[1]) neuere Untersuchungen über Intoxikationspsychosen verweisen.

Daß auch schwere Kopfverletzungen delirante Zustände, Stupor- und Dämmerzustände, epileptiforme Erregungen, seltener allerdings wohl Amentiaformen auslösen, ist bekannt. Ebenso sehen wir dieselben psychischen Symptome gelegentlich bei inneren zerebralen Traumen, beispielsweise anschließend an apoplektische Insulte, oder nach akuter Strangulationshyperämie des Gehirns auftreten.

In demselben Sinne spricht schließlich die Betrachtung des Ablaufs dieser akuten, exogen bedingten psychischen Störungen. Der Verlauf ist in allen diesen Fällen kein durch das gerade vorliegende psychische Bild gewissermaßen festgelegter, wie wir es bei endogenen Prozessen, beispielsweise bei manisch-depressiven, bei hebephrenen oder paranoischen Prozessen kennen, sondern wir sehen den Verlauf abhängig vom Kräftezustand, von der Schwere und der Dauer der somatischen Grundkrankheit und sehen dementsprechend bald eine akute Abheilung, bald die Entwicklung eines emotionell-hyperästhetischen Schwächezustandes oder eines Korsakow'schen Bildes, eventuell auch eines Delirium acutum, und zwar können sich diese Verlaufsformen an jedes der genannten psychischen Bilder anschließen.

Es erhebt sich nun die Frage: Handelt es sich bei diesen exogen bedingten psychischen Zustandsbildern um Typen, die wir überhaupt nur auf dem Boden exogener Schädigung auftreten sehen, die dann als pathognomonisch für eine lediglich exogene Schädigung betrachtet werden können, läßt sich also die Trennung exogener und endogener Zustandsbilder aus der Symptomgruppierung allein durchführen? Diese Fragestellung ist keine Doktorfrage, sondern für die allgemeine Pathologie der Geisteskrankheiten

[1]) Allgem. Zeitschrift f. Psych. 1907.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unzweifelhaft von Bedeutung. Sie ist vielleicht verfrüht, weil wir noch keine volle Sicherheit darüber haben über das, was in letzter Instanz endogen ist. Wenn man annehmen muß, daß bestimmten klinischen Zustandsbildern eine Schädigung beziehungsweise abnorme Funktion bestimmter Hirnelemente entsprechen muß, so würde die Tatsache, daß wir bei exogener Schädigung psychische Zustandsbilder treffen, die wir bei endogener Erkrankung nicht finden, in letzter Linie auf differente Lokalisationen der Prozesse im Gehirn hinweisen. Um absolut reine Typen der endogenen wie der exogenen Ätiologie wird es sich freilich wohl kaum je handeln. Der Faktor der individuellen Anlage bringt ja fast bei jedem Fall ein endogenes Moment hinzu.

Ich glaube allerdings, daß das Bild eines Delirs, wie es durch Infektion oder durch Intoxikation hervorgerufen wird, etwas den endogenen Psychosen durchaus Fremdes ist. Sieht man sie hier interkurrent doch einmal auftreten, z. B. bei abstinierenden Kranken, so mag es sich um Autointoxikationsvorgänge durch Unterernährung, durch Wasserentziehung oder um ähnliche Vorgänge handeln. Ich glaube auch, daß die Korsakow'sche Verlaufsform eine pathognomonisch exogene ist. Man wird sie niemals im Gefolge der Erkrankungen, die wir vorläufig als endogen betrachten, antreffen. Geht man weiter, so ergeben sich Schwierigkeiten. Die epileptiformen Erregungen, die Dämmerzustände, die katatonischen Amentiabilder, die halluzinoseartigen Symptomkomplexe sind aus ihrer psychischen Symptomatologie nicht ohne weiteres als exogen zu diagnostizieren. Die symptomatologische Übereinstimmung der Zustandsbilder mit den bei echter Epilepsie und bei Katatonie zu beobachtenden kann so groß sein, daß ohne Berücksichtigung der Entwicklung und der Nebenumstände keine Differenzierung möglich ist. Es ist nun freilich bemerkenswert, daß gerade Epilepsie und Katatonie hier figurieren. Bei beiden ist der Gedanke, daß es sich um Intoxikationsvorgänge aus Stoffwechselstörungen handelt, bekanntlich von verschiedenen Seiten behauptet und auch mit Gründen belegt worden. Ich möchte zunächst nicht so weit gehen, aus dieser symptomatologischen Ähnlichkeit mit den psychischen Typen sicher exogener Entstehung den Schluß auf die ätiologische Verwandtschaft zu tun.

Schwierig ist die Stellung einer Gruppe gegenüber, die ich bis jetzt noch gar nicht erwähnt habe, ich meine gewisse manische Zustandsbilder.

Für die Mehrzahl der Autoren gilt, wie ich glaube mit Recht, die manisch-depressive Psychose für eine exquisit endogene Erkrankung, und die Zahl derer, die geneigt sind, die Manie, wo sie als Einzelerkrankung auftritt, ohne weiteres dem Manisch-Depressiven zu subsummieren und sie dann lediglich als seltenen Spezialfall, gewissermaßen als Abortivform dieser

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

endogenen Erkrankung zu betrachten, ist zurzeit nicht klein. Ich kann mich selbst nicht ganz davon freisprechen, daß ich, wenn mir jemand von einer echten Manie als selbständiger Erkrankung spricht, zunächst den Hintergedanken habe, bei genauerem Zusehen würden sich wohl schon anamnestisch vorangegangene manische oder depressive Züge ergeben haben.

Die Frage dieser manischen Zustandsbilder auf dem Boden exogener Schädigungen hat mir bei der Durcharbeitung meines Materials Schwierigkeiten gemacht, vielleicht weil ich zunächst unter der aprioristischen Annahme der lediglich endogenen Natur dieser Erkrankung stand. Ich sehe ab von den nicht seltenen Fällen, in denen es sich nach der ganzen Entwicklung lediglich um Auslösung echter manisch-depressiver Erkrankungen handelt. Es sind mir aber doch einige Male manische Zustandsbilder begegnet, bei denen die Anamnese keine Anhaltspunkte für den endogenen Charakter darbot. Es konnte sich nur um die Frage handeln, entweder das manische Zustandsbild als direkten Ausfluß des infektiösen beziehungsweise toxischen Prozesses gelten zu lassen, oder mit der Annahme einer bis dahin völlig latenten manischen Anlage sich zu begnügen, analog der Vorstellung einer latenten Epilepsie, wenn bei einem Individuum durch eine Schädigung, die an sich nicht diese Folge hat, epileptische Anfälle ausgelöst werden.

Es sprechen nun aber doch eine Reihe von Erfahrungen der Psychopathologie dafür, daß die manische Erregung der exogenen Entstehung nicht so ganz fremd ist. Ich erinnere zunächst an das erste Stadium der Fiebererregung. Man findet hier bekanntlich nicht selten eine subjektiv empfundene Erleichterung des Gedankenflusses, die von sich gut beobachtenden Kranken direkt als Gedankenflucht empfunden wird, man trifft Rededrang, lebhafte Ausdrucksbewegungen, ein Gefühl gesteigerter Leistungsfähigkeit mit deutlich gehobener Stimmung, Neigung zu Scherzen, fehlendes oder jedenfalls nicht adäquates körperliches Krankheitsgefühl, Überempfindlichkeit und Ablenkbarkeit.

Analoge Erscheinungen kennen wir von den Vergiftungen, ich brauche nur an die häufigste, die akute Alkoholvergiftung zu erinnern. Ich möchte glauben, daß auch manche der leicht manischen Bilder mit motorischer Unruhe, gehobener Stimmung, Erotie, die man bei Basedow gelegentlich findet, auf direkter Intoxikationswirkung, auf Hyperthyreoidismus beruhen. Dabei ist mir nicht unbekannt, daß sich der Basedow auch nicht ganz selten mit echten zyklothymischen Symptomen verbindet. Daß eine andere, im wesentlichen exogene Erkrankung, die Paralyse, im Initialstadium sich gern in ein manisches Gewand kleidet, das gelegentlich auch differentialdiagnostische Schwierigkeiten gegenüber der echten Manie macht, ist so

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geläufig, daß ich nur wegen des besonderen Zusammenhangs daran erinnern zu dürfen glaube.

Bei der Durchmusterung der Infektionspsychosen habe ich Amentiabilder mit manischen Zügen mehrfach gefunden, reine manische Bilder durch längere Zeit hindurch bestehend dagegen nicht. Dagegen habe ich das Bild einer typischen Manie im Verlaufe einer starken allgemeinen Hydropie bei Herzinsuffizienz sich entwickeln sehen aus einem deliranten Zustandsbild heraus.

Wenn ich auf ein anderes Gebiet der exogenen Schädigungen, auf die Schädeltraumen übergreife, so kann ich aus letzter Zeit zwei Beobachtungen anführen, in denen sich anschließend an schwere Kopfverletzungen mit Hirnerschütterung psychische Bilder, die als Manie anzusprechen waren, auftraten.

Im ersten Falle handelte es sich um einen Reiteroffizier, der durch Sturz vom Pferd sich eine schwere Hirnerschütterung mit linksseitiger Parese vom Charakter der Pyramidenläsion und eine Abduzensparese zugezogen hatte. Aus der zu Anfang bestehenden Bewußtlosigkeit entwickelte sich zunächst ein delirantes Bild. Es bestand Amnesie für den Unfall. Die Delirien traten nach etwa zehn Tagen nur noch gelegentlich und nur nachts auf. Bei Tage bestand ein manisches Bild, leicht ideenflüchtiger Rededrang, Betätigungsdrang, euphorisches Wesen mit Neigung zum Querulieren, subjektiv nur Klagen über schlechten Schlaf und über viel Gedanken, im übrigen körperliches und geistiges Gesundheitsgefühl. Allmähliches Abklingen der Symptome, Krankheitseinsicht fehlte noch nach Monaten.

Im anderen Falle traf das Kopftrauma einen 66jährigen Herrn. Er wurde von einer Droschke umgeworfen, fiel auf den Hinterkopf, blieb zwei Tage bewußtlos und dann noch schwer benommen. Daran anschließend delirante Unruhe, Verkennung von Personen und Ort, ohne jede Erinnerung an den Unfall. Die Delirien klingen ab und es entwickelte sich ein ausgesprochenes manisches Bild bei genauer zeitlicher und örtlicher Orientierung. Er sei gesund, habe keinen Doktor nötig, müsse in sein Geschäft. Lebhafter Rede- und Bewegungsdrang, starke Ausdrucksbewegungen, gehobener Affekt, kongestioniertes erregtes Gesicht, großes Kraftgefühl. Äußerst nonchalant im Benehmen, behandelt die Umgebung schlecht und rücksichtslos, scherzt gern, renommistische Größenideen. Er habe zehn Jahre Pharmazie studiert, brauche sich kein Rezept geben zu lassen, er stecke alle ein, er habe mit drei Kaisern zu Mittag gegessen, sein Bruder habe ihn um 600000 Rubel betrogen usw. Nach Ablauf von vier Wochen allmählich Abklingen der Erregung ohne Entwicklung von Krankheitseinsicht.

Manisch-depressive Züge vor den Unfällen ließen sich weder im ersten noch im zweiten Falle nachweisen. Der erste Kranke war Regimentsadjutant, galt für ein ruhiges Temperament und für einen tüchtigen Offizier. Der zweite Kranke war Industrieller, hatte niemals Stimmungsschwankungen im Sinne der Depression oder Manie gezeigt, galt jedoch für grob und leicht aufbrausend.

Ich kann in diesen Zusammenhang noch einen alten 82jährigen Herrn, der sich noch in der Klinik befindet, erwähnen, der anschließend an Herzinsuffizienz-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erscheinungen mit Hydrops und an einen wohl apoplektischen Bewußtseinsverlust sich im 81. Lebensjahre psychisch veränderte. Er wurde vor etwa einem halben Jahre unruhig, unternahm Sammlungen für die Trappisten in Afrika, machte viel Einkäufe, verschenkte vieles, wollte Heiraten für seine Nichten und Neffen stiften, kaufte Regulatoren, Gebetbücher, Rosenkränze in größeren Mengen, lief viel herum, belästigte die Leute auf der Straße, war gehobener Stimmung, zeitweise gereizt, schimpfte, bedrohte und würgte gelegentlich seine Frau. In der Klinik bot er ein gut manisches Bild, er sei gesund, sehr kräftig, er könne zu Fuß nach Ohlau gehen. Sein Gedächtnis sei ausgezeichnet, er könne bis ins zweite Lebensjahr zurückdenken; er hat zahlreiche Pläne und macht viel Bestellungen. Er gehöre nicht hierher, seine Frau sei wohl krank. Er sprach viel, war zeitlich und örtlich gut orientiert, hatte ein deutlich gehobenes Selbstgefühl, war zu Anfang von guter Auffassung und interessierte sich für seine Mitkranken. Dieses Zustandsbild hielt etwa noch zwei bis drei Wochen in der Klinik an. In den letzten Wochen verfällt der Kranke, schläft viel und es fangen an sich senile Gedächtnisstörungen einzustellen und die manischen Symptome treten zurück. Für manisch-depressive Antezedenzien haben sich in der Anamnese keine Anhaltspunkte ergeben.

Ich bin auf diese manischen Zustandsbilder etwas näher eingegangen, weil mir der Nachweis wichtig erscheint, daß auch Vergiftungen, Infektionskrankheiten, Autointoxikation bei Hydrops, schwere äußere Schädel- und apoplektische Hirntraumen ein Zustandsbild hervorrufen können, das wir erfahrungsgemäß sehr viel häufiger aus endogener Entstehung kennen.

Wenn man die zur manischen Erregung führende Wirkung der Fiebererregung und Alkoholvergiftung außer Betracht läßt, so finden sich diese manischen Bilder doch nicht so häufig, daß man berechtigt wäre, sie den zu Anfang genannten psychischen Reaktionsformen als gleichwertige exogene Typen an die Seite zu stellen. Es sind seltenere Vorkommnisse und sie mögen in letzter Linie mit besonderen Lokalisationen oder, was vielleicht auf dasselbe hinauskommt, mit individuellen, also schließlich doch endogenen Faktoren erklärt werden. Es fehlt aber jedenfalls an dem klinischen Nachweis, daß diese exogenen manischen Zustände mit den manisch-depressiven irgend etwas zu tun haben.

Seltener noch als manische Erregungen werden reine Depressionszustände vom Symptombild der depressiven Phase der manisch-depressiven Psychose bei exogener Ätiologie beobachtet. Ich selbst habe nie etwas sicher Hierhergehöriges gesehen. Auch in der Literatur habe ich bis jetzt in dieser Richtung nichts Überzeugendes gefunden. Was man öfter beschrieben findet, sind depressive, plötzlich einsetzende Angsterregungen mit Desorientierung, die ich den epileptiformen Erregungen zuzähle.

Meine Herren! Ich möchte mich auf diese, den Stoff keineswegs erschöpfenden Bemerkungen beschränken. Worauf ich hinweisen wollte, ist

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zunächst der Punkt, daß die groben exogenen Schädigungen der verschiedensten Art im wesentlichen übereinstimmende akute psychische Symptombilder schaffen.

Es wäre vielleicht zweckmäßiger, hier von psychischen Reaktionsformen, von exogenen Schädigungstypen zu sprechen, wie ich es getan habe, als von eigentlichen Psychosen.

Zweitens ergibt sich, daß eine scharfe und vollständige symptomatologische Scheidung der exogenen Symptombilder von den psychischen Zustandsbildern, die man sonst als endogene kennt, wie wir gesehen haben, nicht voll durchführbar ist. Immerhin wäre es auch vom Standpunkt der symptomatologischen Betrachtung aus verfehlt, deshalb auf das Einteilungsprinzip exogen und endogen überhaupt zu verzichten. Wenn man auch nicht von einem pathognomonischen exogenen psychischen Typus sprechen kann, so gibt es doch einen psychischen Prädilektionstypus der akuten exogenen Störungen.

Die Angst vor geschlechtlicher Schwäche und vor dem Koitus als Ursache der Impotenz.

Von

Prof. **Dr. W. v. Bechterew** in St. Petersburg.

Die sog. Impotentia coeundi erscheint, abgesehen von mechanischen Ursachen (Unregelmäßigkeiten der Form des Penis, Anomalien der Scheide und des Hymen), einerseits als Ausdruck einer nervösen Affektion, welche zur Ejaculatio praecox führen kann, wie z. B. in den als sexuelle Neurasthenie bekannten Zuständen. Oder sie kann bedingt sein durch völliges Fehlen, Unvollkommenheit oder Seltenheit der Erektionen selbst, wie dies bei der Impotentia paralytica der Fall ist. Andererseits gibt es Fälle von Impotentia coeundi, welche durch psychische Zustände bedingt sind. Man bezeichnet diese Form gewöhnlich als Impotentia coeundi psychica.

Der Koitus, im wesentlichen ein Reflexakt, untersteht in hohem Grade psychischen Einflüssen. Man trifft daher in der Praxis gar nicht selten Fälle von Impotenz psychischen Ursprunges. Die Erfahrung zeigt, daß die psychisch bedingte Impotenz sehr verschiedene Formen aufweisen kann. In manchen Fällen handelt es sich um Herabsetzung der Libido sexualis als Begleiterscheinung bestimmter neuro-psychischer Zustände. In anderen Fällen ist ein Mangel der sexuellen Erregung vorhanden, bedingt durch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eigentümlichkeiten des Gegenstandes der Libido; so sind manche zu Prostituierten oder zu der eigenen Frau impotent bei erhaltener Potenz gegenüber anderen Frauen.

In noch anderen Fällen beruht die psychische Impotenz, wie dies in Degenerationszuständen nicht selten ist, auf unwiderstehlicher Abneigung gegen den Koitus selbst (sog. sexuelle Anästhesie psychischer Art). Dabei sind entweder homosexuelle Triebe oder andere sexuelle Abnormitäten vorhanden, oder die Aversion besteht ohne Erscheinungen abnormer Triebe nach anderer Richtung.

Endlich findet man in einer gewissen Reihe von Fällen, welche hier behandelt werden sollen, eine besondere Form psychischer Impotenz, sich äußernd in starker psychischer Aufregung, welche sich zwangsweise vor dem Koitus einstellt und die Ausführung desselben unmöglich macht, da infolge der Aufregung die Erektion verschwindet. Begleitet ist diese psychische Aufregung gewöhnlich noch von der Zwangsvorstellung des Unvermögens zum Koitus. Dies deprimiert derartige Kranke in hohem Grade und bringt sie schließlich zu voller Verzweiflung.

So entwickelt sich bei solchen Kranken eine wahre „Impotenzangst" im vollen Sinne des Wortes, die Angst, daß unter entsprechenden Verhältnissen die Unmöglichkeit zur Ausführung des Koitus sich einstellen wird. Der Koitus kommt infolge des Krankheitszustandes dann auch tatsächlich nicht zustande. Denn infolge der Angst und der Zwangsidee der Impotenz tritt die Erektion im richtigen Moment entweder gar nicht ein oder nur in geringem Grade, während sie zu anderen Zeiten regelrecht vor sich geht. Die Aufregung ist in derartigen Fällen eine so hochgradige, daß sie schon an und für sich die Erektion aufhebt oder abschwächt; die Immissio penis wird dadurch ganz oder nahezu unmöglich; die Ejakulation erfolgt während oder vor der Immissio.

Diese bemerkenswerte Form der psychisch bedingten Impotenz erinnert in hohem Grade an Phobien anderer Art. Hier handelt es sich um die Angst der Erfolglosigkeit beim Koitus. Die Angst erscheint dabei als eigentümlicher Zwangszustand, wie bei anderen zwangsweisen Phobien. Ein charakteristisches Beispiel derartiger Phobien bietet folgender Fall dar:

Pat., Schriftsteller, 35 a. n.; Eltern waren Alkoholiker, aber erst nach des Pat. Geburt und aus Müßiggang, waren im übrigen gesund. Seit dem 15. Jahr Onanie. Seit dem 19. Jahr Gedächtnisschwäche und „Angst vor dem Heiraten, selbst in Gedanken", also Impotenzangst. Pat. machte zwei erfolglose Versuche zum Koitus. Das eine Mal hatte er Lust zum Koitus, es waren vorher Erektionen aufgetreten, die überhaupt häufig vorhanden waren, aber vor dem eigentlichen Koitus war er so aufgeregt und in Angst

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

um den Erfolg, daß eine Erektion nicht eintrat. Pat. beruhigte sich nach diesem Mißerfolg und wiederholte nach einiger Zeit den Versuch, hatte aber auch diesmal volles Fiasko. Auch später wiederholte sich dies bei ihm, so daß er schließlich auf weitere Koitusversuche verzichtete, obwohl er im übrigen sich einer vollen Gesundheit erfreut.

Ein Flottenoffizier, in mittleren Jahren, gut gebaut, von mittlerem Ernährungszustand, erblich nicht prädisponiert, begab sich eines Tages, während er an einer Pleuritis litt, zu einem ihm bekannten Frauenzimmer. Er bekam aber infolge starker Dyspnöe bei dem Versuch zum Koitus einen starken Hustenanfall, die Erektion ließ sofort nach und der Koitus konnte nicht zustande kommen. Ein anderes Mal, als Pat. schon ganz gesund war, konnte er selbst unter günstigen Verhältnissen (ruhige Umgebung, beide entkleidet) den Koitus nicht ausführen, da er die Idee hatte, daß er impotent ist.

Die Impotenzangst war so lebhaft, daß Pat. drei Stunden sich vergeblich anstrengte. Er kam nicht zum Ziele. So ging es auch das drittemal. Dann aber gewöhnte er sich an das Frauenzimmer und hatte mit ihr ein Jahr lang regelmäßig Verkehr. Als er sich von ihr später trennte, wollte er es mit Dirnen versuchen. Aber jede einigermaßen menschenähnliche Dirne brachte ihn in einen derartigen Zustand, daß er Impotenzangst bekam und tatsächlich nicht koitieren konnte, obwohl vorher die Lust dazu und Erektion vorhanden waren. So ging es ihm auch mit Japanerinnen während einer Seereise, und der Zustand dauert bis auf den heutigen Tag fort.

Irgendeine sexuelle Schwäche besteht bei dem Pat. nicht. Die Erektion ist regelrecht und vollständig. Vor dem Impetus verspricht alles Erfolg und ist die Lust zum Koitus vorhanden.

Pat. liefert folgende Schilderung seines Krankheitszustandes:

„Ich bin 28 Jahre alt. Vor sechs Jahren hatte ich den ersten Fall von Impotenz. Ich hatte ein Verhältnis mit einem Frauenzimmer, bekam aber bald darauf Pleuritis. Die Krankheit war schon sehr ausgesprochen, aber trotz meiner Schwäche setzte ich den Verkehr mit jenem Frauenzimmer fort. Eines Tages besuchte ich sie, als ich schon ganz krank war. Anfangs hatte ich Erektionen bei dem Koitus, während der Bewegungen aber bekam ich Atemnot, wurde schwindelig und die Erektion verging. Ich beachtete den Fall nicht weiter, dachte nicht mehr daran und schrieb den Mißerfolg meinem krankhaften Zustande zu. Da ich den Verkehr mit Prostituierten aus öffentlichen Häusern oder von der Straße nicht mochte oder vielmehr mich davor fürchtete, andere mir aber nicht zur Verfügung standen, hatte ich mehr als ein Jahr überhaupt keinen Verkehr mit Weibern. Meine Kollegen und Freunde begannen mich aufzuziehen, nannten mich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wegen meiner langen Enthaltsamkeit impotent, aber ich kann nicht sagen, daß dies damals auf mich irgendeinen Eindruck machte.

Alles das fiel mir später ein. Ich knüpfte Beziehungen zu einem Frauenzimmer an. Die Sache machte nur langsam Fortschritte, und als ich Grund hatte, Hoffnung auf ihren Besitz zu hegen, tauchte in mir der Gedanke auf, daß ich vielleicht unfähig sein werde, sie zu besitzen. Dieser Gedanke verfolgte mich um so hartnäckiger, je näher der Tag der entscheidenden Zusammenkunft heranrückte. In der entscheidenden Stunde empfand ich eine derartige Angst, mich als impotent zu erweisen, daß ich die Zusammenkunft schon aufgeben wollte. Im Beginn des Koitus geschah das, was ich befürchtet hatte. Ich gab diesmal vor, daß ich plötzlich Kopfschmerzen bekommen, und machte dann keine weiteren Versuche zum Koitus. Bei der zweiten Zusammenkunft, die einige Tage später stattfand, waren die Verhältnisse günstiger. Wir waren vor jeder Störung sicher, konnten uns entkleiden und hinlegen. Aber auch diesmal hatte ich keinen Erfolg. Zu dem Bewußtsein der Impotenz kam noch die Aufregung über den hysterischen Anfall der Frau, welche die Schuld sich selbst zuschrieb. Nachdem ich mich einigermaßen beruhigt, entschloß ich mich, mit ihr irgendeinen Platz außerhalb Petersburgs aufzusuchen; aber auch diese Fahrt führte zu nichts, denn in der abgelegenen Villa, wo wir uns befanden, hatte ich nicht einmal den Mut, auch nur den Versuch eines Koitus zu machen. Während der vierten Zusammenkunft hatte ich in zwei bis drei Stunden mehrere unvollständige Erektionen; schließlich kam ein Koitus zustande. Einige Schwierigkeiten gab es noch bei der nächsten Zusammenkunft, als wir aber schon beieinander lebten, fand der Koitus während fast zwei Jahren fast alltäglich in normaler Weise statt. Im Auslande hatte ich dann mit europäischen Frauen ungehinderten Verkehr, in Japan und China aber war ich manchmal impotent. Dies geschah meist nicht in den Bordellen, sondern mit Kontrakt-Konkubinen, wie dies in Japan gewöhnlich ist. Vielleicht hatte ich hier wieder jene Angst, von der ich vorhin erzählte, aber deutlich kam sie mir nicht zum Bewußtsein. Da ich in den Bordellen Fälle von Impotenz nicht hatte, setzte sich in mir die Überzeugung fest, daß ich nur weniger schamhafte, zynische, erfahrene Frauen haben kann, vor denen ich mich nicht zu schämen brauche, falls die Impotenz eintritt.

Im Orient traf ich eine Europäerin, mit welcher ich bald ein Verhältnis anknüpfte. Im Anfang des Koitus fühlte ich, daß Erektion nicht eintrat; als ich aber sah, daß das Frauenzimmer vollkommen schamlos war und sich überall besehen und befühlen ließ, verlor ich sofort meine Angst. Ich brachte mit ihr einige Tage zu. Ein halbes Jahr später hatte ich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wieder ein Frauenzimmer, welches mich vor dem Koitus bat, ein Kondom anzulegen, aus Furcht schwanger zu werden. Ich lag bei ihr zwei Stunden und erst dann konnte ich den Koitus bei unvollständiger Erektion ausführen. Überhaupt war meine Angst um so größer, je mehr mir das Frauenzimmer gefiel. Häufig hielt mich diese Angst von dergleichen Abenteuern ab und ich hielt mich von allen Frauen fern, die mir mehr als andere gefielen. Nach Rußland zurückgekehrt, fand ich diejenige, mit der ich früher lebte, und mit ihr konnte ich den Koitus ohne weiteres ausführen. Jetzt ist dieses Verhältnis aufgehoben und ich hatte schon mehrmals Verkehr mit Prostituierten. Selbst bei diesen begegnet mir jetzt dasselbe, was früher nur im Verkehr mit nicht verkäuflichen Weibern einzutreten pflegte. Je mehr mir die Dirne gefällt, um so schwieriger ist der Koitus mit ihr. Mit anderen Weibern bin ich gegenwärtig zum Koitus ganz unfähig.

Meine Eltern waren nervös, aber besondere Krankheiten sind in unserer Familie nicht vorgekommen. Die Frau, mit welcher ich jetzt geschlechtlich verkehre, gefällt mir ganz und gar nicht, aber ich gebe sie dennoch nicht auf, weil ich mit anderen Weibern und selbst mit Prostituierten wegen meiner Impotenzangst zum Koitus ganz unfähig bin."

Ein nicht minder lehrreiches Beispiel des hier geschilderten Leidens liefert uns der folgende Fall:

Pat. ist 30 Jahre alt. Bis zu seinem zwölften Jahre hatte er ein phänomenales Gedächtnis und große Fähigkeiten, machte in der Schule große Fortschritte. Er begann darauf zu onanieren, was bis zum 15. Jahre dauerte. Als er eine Abnahme seines Gedächtnisses und seiner Fähigkeiten bemerkte, suchte Pat. das Laster mit aller Kraft zu unterdrücken. Auf den Rat eines Kameraden hatte er in seinem 15. Jahr den ersten Koitus mit einem Frauenzimmer und onanierte seitdem nur alle vier bis fünf Monate einmal. So ging es bis zum 19. Jahr. Gedächtnis und Fähigkeiten hatten sich wieder ein wenig gebessert, so daß Pat. wieder zu den Besten in der Klasse gezählt wurde. Bis zum 21. Jahr führte Pat. ein normales Leben, verließ mit glänzendem Zeugnis das Gymnasium und trat in eine Hochschule ein. Er studierte eifrig bis zum 22. Jahr; angeblich bereitete ihm das Studieren große Mühe. Über das Weitere schreibt Pat. dann folgendes: „In meinem 22. Jahr trat ich in ein Verhältnis mit einer 34 Jahre alten, äußerst exzentrischen, unbeständigen und mit rein tierischer Geilheit behafteten Frau. Dieses Verhältnis, verbunden mit beständigen Genüssen, drei bis viermal in der Woche, Eifersuchtsqualen infolge fortwährender Untreue, Arbeiten im Institut bei schlaflosen Nächten, infolge der Unmöglichkeit, am Tage zu arbeiten, alles dies brach meine Kraft, und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im 25. Jahr mußte ich während der Examina alles aufgeben und auf drei Monate aufs Land gehen. Nach einiger Erholung begann ich wieder zu arbeiten, da traf mich aber ein neuer Schlag. Meine Frau verließ mich und ging nach St. Petersburg. Ich langweilte mich in der Einsamkeit, litt und fühlte mich ein Jahr lang wie zerschlagen. In dieser Zeit erkrankte ich an Tripper, sagte der eine Arzt, an Prostataentzündung der andere. Einundeinhalb Jahr ließ ich mich sorgfältig behandeln; während dieser Zeit entschloß ich mich, aus Furcht vor Ansteckung, viermal zum Onanieren. Dann vereinigte ich mich wieder mit meiner Frau. Im 27. Lebensjahr beendete ich die Hochschule. Stark entnervt und unter allgemeiner Schwäche erkrankte ich am Typhus und lag drei Monate im Bett. Als ich gesund wurde, nahm ich eine Stelle an, wo ich von sechs Uhr morgens bis sieben Uhr abends körperlich und geistig stark angestrengt war. Übermüdet am Abend heimkehrend, fand ich fast nie Ruhe, denn die beständige Eifersucht gegen meine Frau, der unsinnige alltägliche Geschlechtsverkehr mit ihr, die ich absichtlich zu übersättigen trachtete, alles dieses schwächte noch mehr meine Nerven, meine Frau aber beachtete alles dies nicht und im Februar 1905 hat sie mich endgültig verlassen. Dieser zweite Schlag hat mich gänzlich niedergeschmettert, ich wurde schlaflos, hatte Halluzinationen, sah eines Tages meine frühere Frau drei Sekunden lang im Zimmer vor mir stehen. Im Sommer 1905 nahm ich Seebäder auf ärztliche Verordnung, ich wurde kräftiger und begann ein normales Leben zu führen. Meine Frau vergaß ich ziemlich schnell und entschloß mich zu einer legitimen Heirat mit einem anständigen Mädchen, das ich kennen gelernt hatte. Aber um Ende Oktober fühlte ich etwas Abnormes im Gliede und Schwere im After, als ob dort ein Fremdkörper vorhanden wäre. Der Arzt fand eine Entzündung der Vorsteherdrüse und behandelte mich mit Einspritzungen, Aftermassage und Elektrizität. Diese Behandlung dauerte bis Juli 1906; der Arzt fand eine weitere Kur nicht für nötig. Jetzt stellten sich aber folgende, mich sehr belästigende Symptome ein: 1. schon bei geringer geistiger Ermüdung, sowie bei Hunger und leichtem Schreck bekomme ich Zittern in den Händen und Füßen, Schwäche im ganzen Körper, Ohrensausen, Druck im Kopfe; Gedächtnis und Denkfähigkeit kehren dann erst wieder, wenn ich mich ausgeruht und gegessen habe; 2. Ausleerungen habe ich seitdem alle vier bis fünf Tage mit Verstopfung oder Durchfall. Ich unternahm daher im Sommer eine Bäder- und Weintraubenkur in der Krim. Am 10. Oktober zurückgekehrt, fühlte ich folgendes: Bis 2 Uhr nachts kann ich nicht einschlafen, dann bekomme ich in der linken Körperhälfte so starke Schmerzen, daß ich im Zimmer auf und ab laufen muß, bis der Schmerz wie mit einem Male verschwindet und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ich um $3^1/_2$—4 Uhr einschlafe. Ich stehe um 8 Uhr früh matt und ermüdet auf. Zuzeiten habe ich Anfälle von Wollust, starke Erektionen; aber schon bei der ersten Berührung eines Frauenzimmers verliere ich vor Angst die Potenz; das Herz krampft sich zusammen, Arme und Beine werden schlaff, das Glied wird ganz welk und zieht sich sogar zusammen. Zugleich bekomme ich eine Art Krampf tief in der Harnröhre, welcher vier bis fünf Stunden dauert und mich sehr beunruhigt. Beim Urinieren ein leichtes Brennen und manchmal noch am zweiten Tage nach dem Beischlafversuch Ausscheidung einer dicken schmantähnlichen Flüssigkeit; ich muß dann drei bis vier Tage mit hypermangansaurem Kali Einspritzungen machen, da sich sonst ein Brennen und Jucken in der Harnröhre und am After einstellt. Nach drei bis vier Tagen gehen diese Erscheinungen zurück, abgelöst von neuen Wollustanfällen mit gleichem Mißerfolg beim Versuche zum Koitus.

Trinker war ich bisher nie und bin es auch jetzt nicht. Mein Vater starb an einer Nervenlähmung. Meine Mutter leidet am Magen und an Rheumatismus. Ich bin als Meister an der Eisenbahn angestellt und von acht Uhr morgens bis neun oder zehn Uhr abends beschäftigt, meine Tätigkeit ist mit beständiger Unruhe und Aufregungen verbunden. Den Harn ließ ich zehn- bis zwölfmal untersuchen; Gonokokken sind nie gefunden worden."

Die Angst vor dem Koitus hat Pat. seit Juli 1906, als seine allgemeine Nervosität sich steigerte. Anlaß dazu gab der Mißerfolg mit einem Frauenzimmer, welches auf ihn einen starken Eindruck gemacht hatte. Vor dem Koitus mit ihr war er sehr aufgeregt gewesen. Es kam ihm der Gedanke, daß er plötzlich unfähig werden könnte, den Koitus bei ihr auszuführen. Und der Koitus kam in der Tat vor starker Aufregung nicht zustande. Dabei bekam er noch zu hören, daß er kein Mann, sondern ein Greis sei. Dies drückte ihn noch mehr nieder und seitdem kann er mit Weibern keinen Verkehr haben, obwohl er vorher dies in normaler Weise konnte. Nach jenem Mißerfolg war er bei einer Prostituierten, aber auch mit ihr konnte er den Koitus nur durch künstliche Reizung erzwingen. Bei einer Begegnung mit dem ersten Frauenzimmer bekam er aber wieder die frühere Impotenzangst. Er vermied daher jede Begegnung mit ihr. Nachts hat Pat. starke Erektionen und sogar Pollutionen, aber schon bei dem bloßen Gedanken an ein Weib bekommt er Aufregung und Zittern, Arme und Beine werden so schwach, daß er, den Mißerfolg voraussehend, zu Bett gehen muß.

Alles dies quält den Pat. um so mehr, als er sich wegen seiner Heirat entscheiden muß. Aber auch neben seiner Braut fühlt er sich nicht als

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mann, und hat dieselbe Angst und innere Aufregung, wie bei anderen Weibern.

Objektiv findet sich Hyperästhesie der ganzen linken Seite, besonders am Gesicht, wo Pat. nachts starke Schmerzen hat. Sonst nichts Pathologisches.

Die Anwendung von Hydrotherapie und beruhigenden Mitteln hatte keinen wesentlichen Erfolg. Man entschloß sich zur Psychotherapie. Der Schlaf war aber schwach und die Suggestion hatte daher keine größere Wirkung; es mußte eine systematische Reihe von Seancen unternommen werden. Pat. hatte aber nicht die Möglichkeit, diese Kur durchzuführen.

Es handelt sich also in diesen Fällen manchmal um eine Angst gegenüber dem Koitus mit bestimmten Personen, während der Koitus mit anderen Weibern regelrecht vollzogen wird. Die Impotenz hat dabei aber nicht darin ihren Grund, weil die betreffenden Weiber nicht hinreichend die Libido sexualis anregen (wie dies von Prostituierten gilt), sondern weil eine wahre Angst sich einstellt, daß gerade mit diesem oder jenem Weibe der Koitus unmöglich sein wird. Ich habe mehrere derartige Fälle beobachtet, führe sie aber nicht im einzelnen hier an, da sie annähernd der vorigen Beobachtung gleichen.

Jedenfalls bildet ein wesentliches Merkmal der Störung die zwangsweise Angst davor, daß der Koitus unter bestimmten Verhältnissen nicht wird ausgeführt werden können. Das psychische Moment bildet in diesem Fall augenscheinlich das Anfangsglied einer ganzen Kette pathologischer Erscheinungen, denn zuerst stellt sich die quälende Vorstellung ein, daß der Koitus unter bestimmten Bedingungen unmöglich sein wird. Daher können derartige Kranke den Koitus ausüben mit einem Weibe, an welches sie sich gewöhnt haben und bei welchem sie jene Vorstellung nicht bekommen, während der Koitus mit anderen Weibern und selbst mit Prostituierten aus dem angegebenen Grunde für sie unmöglich ist.

Somit ist dieses Leiden seinem Wesen nach vollkommen analog den anderen Formen der Phobie, die von mir in letzterer Zeit als Dysphagia psychica, Vomitophobie, zwangsweise Darm- und Blasenkrisen[1])[2]) u. dgl. beschrieben wurden.

Am nächsten kommt die hier beschriebene Störung der „Impotenzangst" in ihren Erscheinungen der psychopathischen Störung des Harnlassens, welche früher von Guyon als Timidité urinaire, von Paget als Bégaiment urinaire, sowie in neuerer Zeit von mir und Raymond beschrieben wurde.

[1]) W. Bechterew, Neuropathologische und psychiatrische Beobachtungen und Untersuchungen. St. Petersburg 1900.

[2]) W. Bechterew, Obosren. psychiatr. 1906. Neurol. Zentralblatt. 1909, Nr. 11.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sie hat mit diesem Zustand das Gemeinsame, daß es sich bei der krankhaften Impotenzangst um einen Zustand handelt, wo der Geschlechtsakt unter dem Einflusse psychischer Impulse gestört oder gehemmt ist. Auch hier bildet der voraufgehende psychische Zustand eine echte Impotenzangst, so wie es sich bei der erwähnten Blasenstörung im wesentlichen um die Angst vor der Unmöglichkeit des Urinierens in Gegenwart anderer handelt.

Ganz besonders leicht entwickelt sich die Impotenzangst bei alten Neurasthenikern mit Neigung zu Zwangsideen unter entsprechenden Bedingungen. Sie bildet dann nur ein Symptom im Gesamtbilde der Krankheitserscheinungen. So war es bei einem alten Pat. von mir, einem schon betagten verheirateten Mann von 53 Jahren, erblich prädisponiert, mit einer ganzen Reihe allgemeiner neurasthenischer Symptome (Schwere im Kopf, Neigung zu Herzklopfen, unruhiger Gemütszustand usw.) und mit großer Neigung zu verschiedenartigen Zwangsideen, mit denen er schon mehrere Jahre kämpft. Unter entsprechendem Regime, systematischer Behandlung und bei regelmäßiger Lebensweise haben seine Zwangsideen in den letzten Jahren so weit nachgelassen, daß er sich relativ wohl fühlte und seinen Zustand für völlig befriedigend hielt. Infolge einer schweren und hoffnungslosen Krankheit seiner Gattin hatte er schon ein oder zwei Jahre den Koitus nicht ausgeführt und als sittlich feinfühliger Mann Befriedigung bei anderen Weibern nicht gesucht.

Die Versuchung kam aber ganz unerwartet von seiten einer scheinbar vollkommen anständigen Dame aus seinem Bekanntenkreise, welche ihm bei einer Begegnung auf der Straße in unzweideutiger Weise ihr geschlechtliches Unbefriedigtsein äußerte; sie fühlte infolge der Unfähigkeit ihres Mannes innerlich einen wahren Vulkan und machte ihm ungeniert den Vorschlag zum geschlechtlichen Verkehr mit ihr. Dadurch betroffen, wich Pat. einige Zeitlang dem Vorschlage aus. Das Gift der Versuchung, durch weitere zufällige Begegnungen mit der Dame unterstützt, wirkte aber immer stärker auf den Mann, und als er mich in der Sache um meinen Rat befragte, war er offenbar schon fest entschlossen, auf den Vorschlag der Dame einzugehen.

Er trat in der Tat sehr bald in intime Beziehungen zu der Dame, aber nicht auf lange. Nach dem ersten oder zweiten Beischlaf mit ihr fühlte er sich das drittemal so aufgeregt dabei, daß die Dame infolge seiner vorzeitigen Ejaculatio seminis völlig unbefriedigt blieb. Er bekam darauf die Zwangsvorstellung, daß es das nächste Mal ebenso gehen möchte und daß er dann gar nichts werde machen können. Diese Voraussicht der Angst vor dem Koitus wirkte auf den Pat. so deprimierend, daß er

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jeden Verkehr mit der Dame abbrach. Sein Entschluß beruhigte ihn; er hatte noch einen Koitus mit ihr, dieser war aber der letzte.

Wenn Pat. mit dieser Dame den Koitus nicht ausführen konnte infolge seiner Angst und der Zwangsidee einer eventuellen Unfähigkeit, so hat er zu anderen Zeiten vollständige Erektionen, die ihn sogar nachts belästigen. Selbst jetzt, wo er zu der Dame alle Beziehungen abgebrochen und den Gedanken an geschlechtlichen Verkehr mit Rücksicht auf den Zustand seiner Frau aufgegeben hat, kann er die Angst und die Zwangsidee der Impotenz bis jetzt dennoch nicht los werden.

Für gewöhnlich findet man den hier geschilderten Krankheitszustand naturgemäß bei Männern. In seltenen Fällen jedoch kann er auch bei Frauen als krankhafte Angst vor dem Koitus vorkommen. Eine meiner Patientinnen liefert folgende Beschreibung ihres Zustandes: „Ich flehe Sie an, helfen Sie mir! Ich bin 23 Jahre alt. Anfang Januar heiratete ich. Mein Mann ist Student, ich Studentin. Ich liebe meinen Mann sehr und doch kann ich mich ihm nicht hingeben. Ich fühle jedesmal in „diesem Augenblick“ ein solches Entsetzen, daß ich trotz meiner und seiner Qualen ihm versage, und doch liebe ich ihn. Ich verstehe es, daß jede Frau in solchem Augenblick eine gewisse Angst empfindet, aber man muß dies überwinden; ich aber kann es nicht und werde es, solange meine Angst da ist, nie können, wenn ich auch genau weiß, daß wir beide, mein Mann und ich, dadurch unglücklich werden.

Meine innigste Bitte an Sie ist, mich von dieser Angst zu befreien. Ich bin sehr nervös, körperlich aber gesund und widerstandsfähig, wenn auch mager. Helfen Sie schnell, um Gottes willen; darf ich zu Ihnen kommen Niemand weiß etwas davon.“ (Folgt die Adresse der Pat.)

In der Sprechstunde traf ich nun eine junge, schlanke Dame mit hübschen Gesichtszügen, gut gebaut. Sie bat mich um Suggestivbehandlung als einziges Mittel, das ihr helfen kann. Es fand sich eine gewisse Steigerung der Sehnenreflexe bei voller Erhaltung der Sensibilität. — Obwohl verheiratet, klagt Pat., müsse sie aus dem angegebenen Grunde Mädchen bleiben.

Da Pat. sich vor weiteren Schilderungen ihres Zustandes genierte, verordnete ich ihr Brom mit Kodein und Adonis und forderte sie auf, mir ausführlich zu schreiben. Das nächste Mal überreichte Pat. mir folgenden Brief:

„Mein Vater ist sehr nervös, war bis zum 27. Jahre, soviel ich weiß, noch keusch, hatte eine schwere Krankheit, ich weiß nur, daß es ein Nervenleiden war, die Ärzte verordneten ihm Seebäder, doch wurde es davon nur schlechter, er bekam starken Schwindel; dann heiratete er ein 28jähriges Mädchen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Er war aufbrausend bis zur Besinnungslosigkeit und seine Neigung zum Übertreiben war groß. Meine Mutter hatte öfters hysterische Anfälle; sie ist jetzt völlig nervenkrank; sie sieht alles in trüber Beleuchtung und schon die geringste Unannehmlichkeit hält sie für ein großes Unglück. Mein Großvater väterlicherseits ist ein Bauer, ich kenne ihn gar nicht, habe ihn nie gesehen und auch durch meinen Vater von ihm nichts gehört.

Ich selbst bin überempfindlich, übertreibe alles, habe eine lebhafte Einbildung, kann aber trotzdem viel arbeiten, geistig allerdings nicht so viel, denn angestrengt arbeite ich nur zum Examen, in der übrigen Zeit nur hin und wieder, denn ich muß vom Stundengeben leben. Ob ich einen starken Willen habe, weiß ich nicht, aber ich kann mich beherrschen und zu allem (außer dem einen) zwingen. Ich entschließe mich sehr schwer, ins Examenzimmer einzutreten, warte oft bis zum späten Abend, aber schließlich gehe ich doch hinein und gebe, wo ich gut präpariert bin, gute Antworten, verliere den Kopf also nicht allzusehr. Alle meine Bekannten halten mich für geistesgesund, für eine Optimistin von Natur, für energisch; ich bin selten kopfhängerisch, liebe die Natur, Kinder.

Als ich heiratete, hatte ich von meiner Krankheit keine Ahnung. Ich liebe meinen Mann sehr und konnte nicht ahnen, daß ich unfähig bin, seine Frau zu sein; ich dachte überhaupt wenig daran; es schien mir ganz natürlich, mit ihm zu sein, ihn zu lieben, küssen und herzen. Als er mich in der ersten Nacht stark umfaßte, bekam ich Furcht vor ihm, er aber lachte und meinte, ich würde mich gewöhnen und ihn selbst darum bitten; ich schwieg und dachte, wenn ich mich ihm hingebe, so wird es ein großes Opfer sein. Auch in der zweiten Nacht hatte ich Angst und gab mich nicht.

Zwei Tage später wollte ich mich zusammennehmen, kniff die Augen zusammen (wie jemand, der sich aus dem fünften Stockwerk stürzen will) und gab mich ihm hin, als ich aber Schmerzen fühlte, riß ich mich gewaltsam los, er gab mich frei, es waren Blutflecken, er hatte mir nur den Hymen zerrissen. Seitdem habe ich mich zu einem neuen Versuch nicht entschließen können. Ich betrank mich einmal, aber auch das half nichts, ich sagte immer nur: „Warte noch einen einzigen Augenblick“ und dieser Augenblick war die ganze Nacht. Ich hatte Angst, mir war übel und es schien mir, daß ich ihm Widerwillen einflöße. Wenn er mich umfaßt, habe ich keine Wollust, aber in der Nacht ist er mir am teuersten, ich lasse mich gern küssen, wenn er mich aber nehmen will, wenn er sagt: „Leg dich höher“, dann empfinde ich eine derartige Angst, daß nichts mich dazu bringen kann, mich ihm hinzugeben. Diese entsetzliche Angst ist an allem schuld, ich wäre ohne diese Angst nicht krank; er spricht von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer Anomalie der Leidenschaft, aber so ist es nicht; meine verheirateten Freundinnen erzählten mir, daß sie das erstemal gar nichts empfanden außer Angst und Schmerz, aber sie überwanden ihre Angst, ich aber kann dies nicht. Ich weiß nicht, wovor ich mich so fürchte; vor den Schmerzen? Nein! Mir ist, als wenn diese Angst unwillkürlich sich in meine Seele schleicht, und überwinden kann ich sie selbst um den Preis meines Glückes nicht, wenn niemand mir hilft.

Manchmal kommt zu der Angst noch das Gefühl des Mitleids mit mir selbst und mit ihm; ich weiß dann, daß ich mich nie dazu entschließen werde. Mir ist, als wenn dann ein ganz fremder Körper in mich hineindringen wird, daß etwas Neues, Geheimnisvolles, nie Empfundenes geschehen wird, und namentlich fürchte ich mich vor dem Fremden, das ich in mir haben werde. Leidenschaft empfinde ich in solchen Augenblicken gar nicht; zu anderen Zeiten fühle ich mich zu ihm hingezogen, aber nur solange er nicht das Bewußte fordert. Den Wunsch, daß er dies mit mir macht, habe ich gar nicht.

Ich erinnere mich, daß ich als Schülerin, ehe ich ihn kannte, besonders im Frühling und vor dem Eintritt der Regel das unwillkürliche Verlangen hatte, mich jemandem hinzugeben. Aber ein solches Verlangen fühle ich jetzt nicht mehr."

Nach einer hypnotischen Suggestion mittleren Grades schrieb mir die Pat. am Tage darauf folgendes:

„Ich schlief heute nach einer langen Pause nachts bei meinem Manne. Ich zitterte und glühte, fürchtete aber, mich ihm hinzugeben. Ich leide entsetzlich; früher litt ich aus Mitleid zu meinem Manne, blieb aber selbst ruhig. Die frühere Angst ist nicht mehr da, aber ich bin unentschlossen. Ich glühte am ganzen Körper, hatte aber fast keine Lust dazu; ich nenne es keine Lust, wenn jemand sich fürchtet und sich nicht entschließen kann. Mir schien sogar, als bebe ich vor Angst, weiß aber nicht, warum ich so glühte. Mein Mann will mich gegen meinen Wunsch nicht nehmen, er fürchtet für meine Gesundheit; wenn ich es selbst nicht will, so liebe ich ihn gewiß nicht. Diese Worte kränken mich sehr, denn es ist nicht so und ich kann es nicht beweisen. Ich bin jetzt zerschlagen, aber meine Nerven sind dennoch ruhiger als vorher und auch die frühere Angst ist nicht mehr vorhanden, ich fürchte aber, wenn mein Mann mich ohne meine Einwilligung nimmt und ich mich ihm entziehe, daß dann wieder die Angst auftritt."

Nach einer weiteren Suggestion überreichte mir Pat. in der Sprechstunde folgenden Brief:

„Ich fühle mich jetzt nach der Suggestion sehr wohl, ruhig und emp-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

finde keine Angst bei dem Gedanken, daß mein Mann mich besitzen wird. Besonders wohl fühlte ich mich das letztemal nach der Suggestion; auch jetzt bin ich ruhiger, dennoch ist eine gewisse Angst und Unentschlossenheit bei dem Gedanken „daran" vorhanden. Der Wunsch einer Annäherung mit meinem Mann ist vorhanden und ist manchmal sogar stärker als die Angst."

Es bedurfte darauf noch zwei bis drei Sitzungen, bis die Pat. ganz von ihrer Angst befreit und vollkommen genesen war.

Der Fall zeigt, daß Zustände zwangsweiser krankhafter Angst vor dem Koitus auch bei Frauen vorkommen, aber auf ganz anderer psychologischer Grundlage als beim Manne.

Was die Therapie des Leidens betrifft, so kommen hier, wie bei anderen pathologischen Phobien, wesentlich Beruhigungsmittel in Betracht, so vor allem meine Brom-Herzmittel-Kodeinmischung, ferner massige Hydrotherapie und systematische Suggestion, welche in diesen Fällen unschätzbare Dienste leistet.

II. Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung am 10. Mai 1909.

Bericht von **Dr. Schayer,** Dalldorf-Berlin.

Oppenheim demonstriert eine Patientin, die von ihm am 28. X. 1908 bereits in der Berl. med. Gesellschaft vorgestellt worden ist. Die Patientin war damals wegen Tumors des linken Schläfenlappens zum zweiten Male mit bestem Erfolge operiert. Im Februar 1909 machten sich von neuem Hirndrucksymptome, Kopfschmerz usw. bemerkbar, zu denen Ausfallserscheinungen der rechten Körperhälfte traten. Es wurde zum dritten Male operiert und ein großer Tumor aus der motorischen Region entfernt, der sich mit einem zapfenförmigen Fortsatz nach vorn erstreckte.

Das Verhalten der Sprache und ihr Verhältnis zur Intelligenz veranlaßt die heutige Demonstration. Die Sprache ist immerhin wesentlich beeinträchtigt, ohne daß sich Störungen der Intelligenz nachweisen lassen. Das Wortverständnis ist leidlich, zeigt aber gewisse Defekte. Die Spontansprache ist auf eine geringe Anzahl von Worten und die Affektsprache beschränkt. Patientin kann vorgehaltene Gegenstände erst benennen, wenn ihr der Anfangsbuchstabe oder die erste Silbe vorgesagt wird. Dagegen bringt sie im Affekt ganze Sätze spontan heraus. Das Nachsprechen ist ziemlich intakt. Aufforderungen werden meist richtig, doch mit gewisser Beeinträchtigung der Auffassung ausgeführt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Lesen ist erheblich gestört. Geschriebene Aufforderungen werden nicht befolgt. Einzelne gedruckte Worte findet Patientin aber, wenn sie einen Begriff damit verbinden kann. Das Schreiben fehlt; die rechte Hand ist gelähmt, der rechte Fuß schleppt nach.

Die Kranke verständigt sich im Hause mit ihren Angehörigen, zeigt Interesse für die Familienereignisse, für die Schulerfolge ihres Sohnes usw. Auch irgendwelche Veränderung des Charakters ist nicht bemerkt worden.

Der Fall liefert auch den Beweis für den ausschließlich mechanischen, nicht entzündlichen Ursprung der Stauungspapille. Seit der Widerstand des Knochens fehlt, ist sie verschwunden.

Diskussion:

Fedor Krause: Nach jeder Exstirpation einer Hirngeschwulst wird das Geschwulstbett genau revidiert, indem es mit stumpfen Hebeln auseinandergezogen, abpalpiert und mit dem Auge kontrolliert wird. So ist es auch bei dieser vorgestellten Kranken dreimal geschehen; irgendwelche verdächtige Stellen konnten niemals entdeckt werden. Bei der dritten Operation, die weit ins Stirnhirn vordrang, wölbte sich am Boden der ungemein tiefen Wundhöhle eine fingerkuppengroße bläuliche Stelle vor; um zu sehen, ob es Geschwulstreste seien, wurde inzidiert. Indessen handelte es sich um die vorgebuchtete Wand des Seitenventrikels, der durch die Inzision in 4 cm langer Ausdehnung eröffnet worden war. Man konnte seine Höhle vollkommen übersehen, sie war glattrandig und frei von irgendwelchen Geschwulstteilen. Um dem gefährlichen Liquorabfluß vorzubeugen, habe ich den Seitenventrikel mit drei Zwirnknopfnähten geschlossen und dann den Trepanationslappen ohne jede Dränage — wie immer bei aseptischen Gehirn- und Rückenmarksoperationen — genau eingenäht. Die Naht des Seitenventrikels ist vollkommen gelungen, denn nach der Operation ist kein Liquor cerebrospinalis ausgetreten und die gewaltigen Wunden sind primär geheilt. Autoreferat.

Ziehen hat bei der Demonstration der Patientin beobachtet, daß sie, als sie den vorgezeigten Löffel ohne Hilfe als solchen richtig benannte, über das Gelingen gleichsam selbst überrascht erschien. Dieser Affekt der Überraschung sei ein sehr merkwürdiges Symptom bei solchen Kranken, auf das er in der Diskussion noch zurückkommen werde.

Jacobsohn knüpft an den vorgestellten Fall nur eine kurze Bemerkung bezüglich des Zustandekommens der Stauungspapille. Der von dem Vortragenden demonstrierte Fall erinnert an einen ähnlichen, welchen Bruns vor Jahren publiziert hat. In letzterem Falle war eine Geschwulst aus dem Schädeldache herausgewachsen und danach die vorher vorhanden gewesene Stauungspapille geschwunden. Bruns hielt seinen Fall damals auch für einen Beweis dafür, daß die Stauungspapille allein durch Stauung zustande komme. J. hat seinerzeit dagegen eingewendet, daß damit kein vollgültiger Beweis für die Stauungstheorie erbracht sei, da auch eine Entzündung oft zurückgehe, wenn man die entzündete Stelle vom Druck entlaste, was eben durch Herauswachsen des Tumors aus dem Schädelraum eingetreten sei. Ähnlich liege es hier in dem vorgestellten Falle. Hier hat der vom Tumor gelieferte Entzündungsstoff sich nicht anstauen können, weil das Schädeldach an einer Stelle offen war. Die Stauungspapille wird durch die Stauungstheorie allein nicht erklärt, da eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stauung allein keine Entzündung verursache, vielmehr müssen wahrscheinlich beide Faktoren zusammen wirken, um das Phänomen hervorzurufen.

Autoreferat.

Liepmann fragt, ob bei der Patientin die Fähigkeit des Nachsprechens intakt geblieben ist.

Oppenheim möchte dies bejahen, wenigstens in wesentlichem Umfange.

Die Fortsetzung der Diskussion wird vertagt.

E. Stier: Erkennung und Bedeutung der Linkshändigkeit.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Entstehung der Linkshändigkeit in der Stammesgeschichte der Menschheit berichtet Vortr. über Untersuchungen, die er an 300 linkshändigen Soldaten angestellt hat. Da die Linkshändigkeit ihrem Wesen nach nicht eine anatomische, sondern eine psychomotorische Eigentümlichkeit ist, so hat Vortr. den Hauptwert gelegt auf die Beschaffung einer Methode zu ihrer schnellen und sicheren Erkennung. Als brauchbar hat sich dabei die Untersuchung derjenigen Verrichtungen erwiesen, die nicht durch die bewußte Erziehung von anderen erlernt, nicht unter der Kontrolle anderer ausgeübt werden und bei denen das benutzte Instrument nicht ausschließlich zum rechtshändigen Gebrauch konstruiert ist. Es gehören dazu vor allem das Peitschenknallen, Kartenmischen, Einfädeln, und alle Verrichtungen mit dem Messer, in allererster Linie das Brotschneiden.

Die durch Nachfragen und auf Grund dieser Methoden erkannten Linkser haben nur zum größeren Teil, durchaus aber nicht sämtlich, in ihrem linken Arm größere Kraft und einen größeren Umfang, ebensowenig wie alle Rechtshändigen im rechten Arm. Von früheren Autoren auf der Grundlage dieser anatomischen Unterschiede gemachten Untersuchungen sind also nicht beweiskräftig. Es hat sich ferner gezeigt, daß die Linkser mindestens zur Hälfte aus Familien stammen, in denen Linkshändigkeit überhaupt häufig vorkommt und daß das männliche Geschlecht etwa doppelt so oft betroffen ist als das weibliche.

Daß bei dem funktionellen Überwiegen der rechten Hemisphäre, wie wir es beim Linkser vor uns haben, nicht bloß das Rindenzentrum des Armes, sondern auch die benachbarten Rindenzentren beteiligt sind, glaubt Vortr. dadurch beweisen zu können, daß bei Anwendung seiner Untersuchungsmethoden auf das Bein sich gleichfalls ein Überwiegen in der Geschicklichkeit des rechten Fußes beim Rechtser und des linken beim Linkser gefunden hat.

Nach derselben Richtung zu verwerten sind für das Schreibzentrum einige vom Vortr. beschriebene bzw. demonstrierte Anomalien der Schrift Linkshändiger. Besonders wichtig für die Praxis ist schließlich die Frage nach dem Sitze des Sprachzentrums beim lebenden Linkshänder. Auch hier glaubt Vortr. durch die Beobachtung der Mitbewegungen beim Stotterer einen Weg zur Bestimmung dieses Sitzes gefunden zu haben, und verweist weiterhin auf den interessanten Zusammenhang zwischen Linkshändigkeit und Stottern, den er zahlenmäßig belegt.

Zum Schluß demonstriert Vortr. kurz eine Tafel, welche die statistischen Ergebnisse seiner Massenzählungen über die Häufigkeit der Linkshändigkeit in der Armee enthält, und aus der unzweideutig hervorgeht, daß die Linkser weniger brauchbare und weniger gute Soldaten sind als die Rechtser, daß sie sehr selten Unteroffizier und Gefreite werden, daß mehr von ihnen als von den Rechtsern

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als dienstunbrauchbar entlassen und mehr gerichtlich bestraft werden. Letzteres ergibt sich daraus, daß sich in einem Festungsgefängnis nicht 4,67 %, wie in der Truppe, sondern 14 % Linkser fanden. Autoreferat.

Die Diskussion wird vertagt.

M. Rothmann: Demonstration zur Physiologie der Großhirnrinde.

Nachdem Vortragender am 15. VI. 1908 die Gehirne zweier großhirnloser Hunde zeigen konnte, die 16 und 22 Tage nach Entfernung des ganzen Großhirns gelebt hatten, kann er jetzt einen ca. 4jährigen männlichen Hund 60 Tage nach totaler Großhirnexstirpation in voller Gesundheit demonstrieren. Die rechte Hirnhemisphäre wurde am 6. II., die linke am 11. III. 1909 entfernt. Milch wurde vom zweiten Tage an aus dem Napf getrunken, Fleisch anfangs nur von der hinteren Rachenwand aus geschluckt, vom 18. Tage an aber von der vorderen Zahnreihe aus hereingeleckt, gekaut und heruntergebracht. Kräftiges Bellen nach zehn Tagen, durch Streichen des Rückens jederzeit auslösbar. Gehen, mit Neigung, nach rechts zu drehen, mit gutem Aufsetzen der Pfoten, spontan nur wenig, dagegen lebhaft bei Hautreizen, vor Harnen und Koten. Hund völlig blind bei gut erhaltenem Blinzelreflex. Kein Hören bei lebhaftem Ohrbewegungsreflex auf akustische Reize. Füttern auf bestimmten Pfeifenton, auf den der Hund vorher dressiert war, jetzt ohne Effekt. Sehr lebhaftes Druck- und Schmerzgefühl ohne jede Lokalisation. Gleichgewichtshaltung intakt. Lagegefühl weitgehend erhalten, aber nicht intakt. Geruchsvermögen aufgehoben bei lebhaftem Niesreflex. Geschmacksempfindungen zweifelhaft. Vom 25. Tage an wutartige Anfälle mit „In-die-Luft-Beißen", besonders bei Anstoßen an Hindernisse. Krauen des Kopfes wirkt dagegen beruhigend mit leisem Knurren. Hund bekommt täglich 1 Pfund rohes Pferdefleisch und $^1/_2$ l Milch; trotzdem geringe Abnahme des Körpergewichts. Harnen wie Hündin, Koten in normaler Weise. Auf die Hinterbeine gestellt, kann der Hund keinen Schritt nach vorwärts machen, aber gut nach rückwärts gehen. Keine Andeutung sexueller Empfindungen bei Annäherung anderer Hunde. Der Hund wird zusammen mit einem der einen Großhirnhemisphäre beraubten Hunde demonstriert. Die Operationen sind im Laboratorium der Charité-Klinik für psychische und Nervenkrankheiten ausgeführt worden. Autoreferat.

Diskussion wird vertagt.

III. Bibliographie.

Dr. Georges L. Dreyfus: Über nervöse Dyspepsie. Psychiatrische Untersuchungen aus der medizinischen Klinik zu Heidelberg. Mit einleitenden Worten von L. Krehl.

Jede Erörterung eines alten Problems unter neuen Gesichtspunkten erheischt eine Darlegung des Standes der Frage auf Grund ihrer geschichtlichen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

voranschickt, greift demgemäß zurück auf Leube's erstmalige Aufstellung des Entwicklung. Die historische Einleitung, welche Dreyfus seiner Abhandlung Begriffes der nervösen Dyspepsie (1879). Sein Standpunkt, der mechanische Reiz der Ingesta führe im Beginn der Verdauung bei normaler Funktion zuerst zu einer abnormen Reaktion der Magennerven, demnächst zu einer solchen des Gesamtnervensystems, blieb lange Zeit maßgebend, und Ewald, der die Reizfläche auf den Darm ausgedehnt und Änderungen der mechanischen und sekretorischen Funktionsgröße nicht ausgeschlossen wissen wollte, hielt gleichwohl an dem gastro-intestinalen Ursprunge der psychisch-nervösen Störungen fest. Stiller, der später den Begriff der asthenischen Konstitution einführte, machte 1884 auf die ätiologische Bedeutung erschöpfender Momente und psychischer Alterationen aufmerksam und betonte als erster die Abhängigkeit der Prognose von der Ätiologie des einzelnen Falles. Die eben erschlossene Methodik der chemisch-physikalischen Magenuntersuchung rückte von neuem in den späteren 80 er und den 90 er Jahren die Verdauungsfunktionen in die Rolle des Primären, und Glénard's bekannte Anschauungen über die Enteroptose, die recht lange im Vordergrunde der Diskussion standen, wirkten prinzipiell im gleichen Sinne. Es war Charcot's klinischer Scharfblick, der die Einseitigkeit dieser Auffassung erkannte und energisch davor warnte, in der Eingeweidesenkung die Ursache neurasthenischer Symptome sehen zu müssen. Indessen zwang die Erfahrung, daß die psychisch-nervösen Erscheinungen sich nicht gerade selten dem Bilde einer voll entwickelten Melancholie näherten, zu einer gewissen Abkehr von der alles beherrschenden Neurasthenie, und man erinnerte sich dessen, daß Flemming schon 1845 auf die Häufigkeit von Verdauungsstörungen und -beschwerden bei der depressiven und hypochondrischen Verstimmung hingewiesen hatte, so Romberg, Schüle, Krafft-Ebing. Freilich sprachen auch sie von intestinaler Melancholie, und mit mancherlei Variationen blieb diese Lehrmeinung die herrschende, bis Rosenbach auf die emotionelle, Strümpell 1902 auf die psychogene Dyspepsie hinwies, die in bestimmten, im einzelnen festzustellenden krankhaften Vorstellungen wurzeln, welche von allgemein-nervösen Beschwerden begleitet sein können und sich entweder direkt auf den Magen und Darm beziehen, oder aber sonst irgendwie ängstlich-überwertigen Charakter haben. Von nun an verschwindet die psychische Ätiologie nicht mehr aus der Betrachtung, und insbesondere Wilmanns hat ihr in der Analyse des zyklothymen Krankheitsbildes eine breitere psychiatrische Grundlegung gegeben.

Hatte bisher der Internist die nervösen Erscheinungen Magendarmleidender registriert, andererseits der Psychiater die Verdauungsbeschwerden funktionell Geisteskranker betrachtet, so stellte sich Dreyfus die Aufgabe, Kranke, bei denen die physikalisch-chemische Funktionsprüfung eine organische Erkrankung ausschließen ließ, Nervös-Dyspeptische also im landläufigen Sinne, psychiatrisch zu untersuchen, derart, daß jeglicher Fall nach beiden Seiten hin geklärt werde. Sein Material bestand aus 50 Fällen der Heidelberger Medizinischen Klinik. Er teilte seine Fälle in zwei Gruppen, in Dyspepsien bei degenerativen Geisteszuständen und bei erworbener Neurasthenie, und besprach anhangsweise diejenigen, bei pathologisch-anatomischen Veränderungen der Magennerven und bei Störungen der inneren Sekretion, M. Basedow und Addison, welche im eigentlichen Sinne nicht hierher gehören, wenn man mit Dreyfus als Nervös-Dyspeptische nur die Psychisch-Dyspeptischen bezeichnet. Es unter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liegt keinem Zweifel, daß die Aufstellung der beiden Hauptgruppen ihre objektive Berechtigung hat. Dreyfus geht aber weiter; er teilt die erste Gruppe in vier Unterabteilungen, in psychopathische, psychogene, hysterische und zyklothyme Dyspepsien. Die Abtrennung der Zyklothymie, als leichter Form des manisch-depressiven Irreseins, wird man ebenfalls anerkennen, vorausgesetzt, daß man sich bewußt bleibt, daß sie nicht jegliche Art periodischer Verstimmungen, sondern nur diejenigen umfassen soll, welche im wesentlichen endogen entstehen, und einerseits deutliche Depressionen mit intrapsychischer Hemmung, andrerseits hyperthymische Phasen aufweisen. Anders steht es mit den drei anderen Untergruppen. Da sich die Dyspepsien als solche bei diesen Formen gar nicht unterscheiden, macht der Autor den Versuch, sie durch die Unterschiede der psychischen Bilder gegeneinander abzugrenzen. Er selbst sagt freilich einleitend, man bewege sich ganz inmitten des Grenzgebietes, kaum ein Fall biete ein ganz reines Bild der Form, unter die er rubriziert wird, und man finde psychopathische Züge bei den psychogenen Dyspepsien, so gut man psychogene bei den hysterischen feststellen könne. Trotzdem glaubt er, die Sonderung auf Grund folgender Kriterien durchführen zu sollen: „Die Psychopathen kennzeichnen sich zum Teil durch den Stiller'schen Habitus der Asthenia universalis congenita; ihre psychische Minderwertigkeit, welche die intellektuelle Sphäre nicht zu berühren braucht, ist nur ein Teil der allgemeinen Inferiorität; es sind von Kindheit an erregbare, sensible, erheblichen Stimmungsschwankungen unterworfene Menschen — Treibhausexistenzen, die unter ungünstigen Bedingungen im Leben Schiffbruch leiden." „Bei diesen Persönlichkeiten finden wir auch eine psychopathische Reaktion", die in Erscheinung tritt, wenn zu hohe Anforderungen an sie gestellt werden. Zu diesen psychischen Symptomen, nur sie versteht D. hier unter psychopathischer Reaktion, gesellen sich eventuell Magenbeschwerden vom Charakter der nervösen Dyspepsie. Diese Gruppe ist durch einen Fall vertreten, bei dem die Magenbeschwerden ganz im Vordergrunde stehen und dem ein hoher Grad von Suggestibilität eigen war. — Als psychogen bezeichnet Dreyfus diejenigen Dyspepsien, welche entweder 1. durch eine seelische Erregung ausgelöst werden und welche die psychische Ursache überdauern, oder 2. bei von jeher ängstlich auf ihre Gesundheit bedachten oder sonst leicht von überwertigen Ideen beherrschten Individuen auftreten, oder 3. bei solchen Personen sich entwickeln, die ursprünglich magengesund waren, deren Magen aber längere Zeit irgendwelchen vermeintlichen Schädlichkeiten ausgesetzt war; sie wenden ihre Aufmerksamkeit dem Magen zu „und werden, falls sie psychisch hierzu veranlagt sind, dies nicht lange vergebens tun"; schließlich 4. eine Gruppe, „die man mit dem Schlagwort ‚Phobien' überschreiben könnte . . ."; bei entsprechend veranlagten Individuen genügt die Angst, z. B. die Karzinomfurcht, um die Magensymptome zu zeitigen. Gegenüber den psychopathischen Dyspepsien finde man, sagt Dreyfus, bei den psychogenen geringere psychopathische Symptome vor dem dyspeptischen Zustand und stärkere während dessen. „Ganz besonders ausgeprägt ist dann oft eine sehr erhebliche Depression, die mit Angstgefühl und Lebensüberdruß vergesellschaftet sein kann. Wir haben ferner bei der psychogenen Dyspepsie regelmäßig ein meist erhebliches psychisches Trauma, das den Magenbeschwerden vorausgeht . . . Charakteristisch sind ferner ein anfallsweises, ziemlich rasch einsetzendes Auftreten der Symptome und die sehr zahlreichen überwertigen Ideen."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei diesen differentialdiagnostischen Bemühungen kann ich Dreyfus nun nicht folgen. In seinen eigenen Krankengeschichten erscheinen die drei Träger psychogener Dyspepsien als Psychopathen vom reinsten Wasser: Fall 3 war „von jeher weich, tief empfindend, leicht gerührt und überschwänglich im Empfinden von Freud und Leid"; während der Gravidität war sie schwer gedrückt, hitzig und reizbar. — Fall 4 will von jeher leicht erregbar und eine „gedrückte Natur" gewesen sein. — Fall 5 hatte mit 18 Jahren „eine Schreckneurose hysteriformer Art". Ängstlich auf seine Gesundheit bedacht, von übermäßig gewerteten Ideen beherrscht, zu hypochondrischer Selbstbeobachtung veranlagt, zu Phobien geneigt, sind dies nicht gleichfalls geläufigste Epitheta der Psychopathie? Es ist wohl nicht durchführbar, die Schwere des auslösenden psychischen Traumas, den Intensitätsgrad der Verstimmung, die Zeitformel ihres An- und Abschwellens, die Geschwindigkeit des Auftretens der dyspeptischen Beschwerden als Charakteristika einer psychopathologischen Form zum Unterschiede gegen eine andere anzusehen. Denn alles dies sind nur quantitative Momente, die einerseits in weitem Umfange von äußeren Dingen abhängig sind, andrerseits aber in der Individualität und der derzeitigen Disposition der Kranken begründet liegen. Ich meine vielmehr, wir sollen sämtliche Psychopathen ganz ausdrücklich zu einer großen Gruppe zusammenfassen einschließlich der Hysterischen, und für unsere Auffassung den Gesichtspunkt maßgebend sein lassen, daß es sich nicht um irgendwie arthaft verschiedene psychische Abnormitäten handelt, sondern daß jede einzelne psychopathische Persönlichkeit eine von vornherein vom Durchschnittstypus mehr oder weniger abweichende individuell bestimmte Varietät darstellt. Auch müssen wir in diesem Sinne nicht von psychopathischer Reaktion sprechen, sondern ganz allgemein von pathologischer Reaktion, und hierunter die Tatsache verstehen, daß der Psychopath auf äußere Geschehnisse mit psychischen Verstimmungen von abnormer Intensität und Dauer und außerdem mit körperlichen Mißempfindungen und Funktionsstörungen antwortet, und daß dieser Zustand dann auf sein praktisches Verhalten, sein Handeln einen mehr oder minder großen Einfluß gewinnt. Die pathologische Reaktion hat ihre zahlreichen Varianten, wie die Psychopathie selbst, deren Ausdruck sie ist, und ihre körperlichen Erscheinungen können sich auf dem Gebiete anderer Organe ebensowohl abspielen als auf dem des Magens. Diesen Standpunkt habe ich in einem längeren Aufsatze in der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1909 ausführlich begründet und darf hier darauf verweisen. Nur so viel sei gesagt: Die Trennung zusammengehöriger Typen in Unterklassen unter dem leitenden Gesichtspunkte einer bestimmten körperlichen Fehlreaktion mag leicht den Untersucher in Gefahr bringen, sich von seiner wichtigsten Aufgabe, der Erschließung der einzelnen Persönlichkeit und der psychischen Suffizienzprüfung im einzelnen Falle zu entfernen und sich in differentialdiagnostische Spitzfindigkeiten zu verlieren.

Dreyfus spricht dann ausführlich über die psychische Therapie und bezeichnet es als die Hauptaufgabe des Arztes, den Kranken von der psychischen Ursache seiner Beschwerden zu überzeugen, ihm die Dinge in dem Zusammenhange zu zeigen, in dem wir selbst sie sehen, nachdem wir durch die Untersuchung in die Konstitution des Kranken einen Einblick erhalten und die auslösenden Momente, die er zum Teil selbst vergessen hatte, festgestellt haben. Es soll „zwischen Psyche und Magen der Keil der Selbstkritik geschoben" werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diesen Ausführungen muß man uneingeschränkt beitreten und sie können dem Internisten und allgemeinen Praktiker gar nicht nachdrücklich und warm genug zu gegenwärtiger Beachtung empfohlen werden. In einem Punkte jedoch sei dringendst zur Zurückhaltung gemahnt. Dreyfus sagt: „Dadurch, daß man eine Reihe von psychischen Faktoren, die im Unterbewußtsein gewirkt haben, zum Bewußtsein bringt, zerstört man bis zu einem gewissen Grade ihre Wirkung." Daß eine Reihe psychischer Faktoren bei Psychisch-Dyspeptischen nicht bewußt ist, besteht zweifellos zu Recht, daß sie aber im Unterbewußtsein eine bestimmte und unterbewußt-spezifische Wirkung entfalten, ist eine unbewiesene Annahme von dogmatischem Charakter. Wer Tag um Tag sieht, wie viel Mystik in das Arbeiten mit dem Begriff des Unbewußten eingeht, welch grobmechanische Vorstellungen, welch glaubenseifrige Voreingenommenheit, welch deutungsbeflissener Obskurantismus endlich nicht weniger Köpfe vollständig Herr geworden ist, der wird der Anwendung solcher Hypothesen, so interessant sie auch sein mögen, ernste Kritik entgegenstellen müssen. Nicht dadurch nützen wir dem Kranken, daß wir eine Vorstellung, eine affektbetonte Erinnerung, die abgeklungen, nicht mehr bewußt, vergessen, meinetwegen auch verdrängt war, bewußt machen; sondern wir wirken in Wirklichkeit dadurch, daß wir ihn davon überzeugen, ein bestimmtes psychisches Ergebnis habe, wie bei vielen anderen Menschen so auch bei ihm, nachweislich Magenbeschwerden gezeitigt, und durch die Feststellung dieses Zusammenhanges sei der Beweis erbracht, daß er nicht magenkrank ist. Sieht der Patient dies ein, glaubt er unserer Versicherung, vertraut er unserer Einsicht, so kann ihm geholfen werden, sieht er es nicht ein, so nützt ihm das Erwecken unbewußt gewordener Erinnerungen gar nichts in bezug auf seine Magenbeschwerden. Wenn man frei von modischer Gläubigkeit unter „Abreagieren" nichts anderes versteht, als die Aussprache eines Psychopathen über Vorgänge seiner Vergangenheit und seines rezenten disharmonischen Innenlebens, so wird man nichts Wunderliches dabei finden können, daß dem Patienten eine solche Aussprache förderlich ist zur inneren Klärung und Abgleichung, einerlei, ob er nun nebenbei Dyspeptiker ist oder nicht, einerlei auch, ob ein bestimmtes schwereres Trauma zu seinen jetzigen Beschwerden in irgendeinem erkennbaren Zusammenhange steht.

Unter Hinweis auf die Untersuchungen der Pawlow'schen Schule über die Wirkungen psychischer Momente auf motorische und sekretorische Organinnervationen bespricht der Verfasser die Abweichung der genannten Funktionen bei seinen Nervös-Dyspeptischen; er findet Hyper- und Hypochlorhydrie in mannigfachem Wechsel selbst bei dem gleichen Kranken zu verschiedenen Zeiten, auch Störungen der Motilität und Gastroptose; er findet ferner, daß nach Ablauf der Verstimmungen die Änderung der chemischen und motorischen Funktionen mit den subjektiven Beschwerden zurückgehen, oder trotz dem Verschwinden der letzteren fortbestehen können. — In der Schlußbetrachtung bezeichnet Dreyfus mit vollstem Rechte das Hauptergebnis seiner Untersuchungen als ein prognostisch-therapeutisches. Nur wer die psychisch-somatischen Zusammenhänge dieser Verdauungsstörungen aufklärt, vermag ihre Prognose zu stellen und sie der Heilung entgegenzuführen; und gibt er der gewonnenen Einsicht in seinem therapeutischen Handeln Folge, so bewahrt er den Kranken vor kontraindizierter Schonkost, medikamentöser Vielgeschäftigkeit, zweckwidrigen Spülungen und überhaupt vor jeder Art örtlicher Behandlung, die ihm immer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wieder zu zeigen scheint, daß er denn doch magenleidend sein müsse und seine Aufmerksamkeit stets von neuem den Verdauungsstätten zuwendet.

Wenn ein Autor es erfolgreich unternimmt, als erster mit neuer Fragestellung ein bis dahin brachliegendes Feld zu befruchten, so wird er der Anerkennung derer sicher sein dürfen, die seine Ergebnisse empfangen, und wenn seine Ausführungen im einzelnen manchen Einwendungen begegnen, die späterer Umformung und Vervollständigung vielleicht einen Hinweis bieten, so entspringen sie den Anregungen, die wir selbst dem Verfasser verdanken.

A. Homburger (Heidelberg).

IV. Referate und Kritiken.

Neurosen und Verwandtes.

Otto Lerch (New Orleans): Thymus enlargement associated with nervous symptoms. A preliminary communication.
(Medical Record, 1909, vol 75, Nr. 10.)

Unter der Bezeichnung „Thymokesis" (abnorm vergrößerte Thymusdrüse) schildert Verf. ein Krankheitsbild, daß er mit einer Hyperplasie der Thymus in Zusammenhang bringt. „Die Erscheinungen sind die der funktionellen Neurosen, Hysterie, Neurasthenie und Viszeralneurosen, und wahrscheinlich der Formen der funktionellen Geistesstörung, Manie, Melancholie und Paranoia." Er will sogar aus der Größe der Drüse die Schwere der Erscheinungen und umgekehrt aus der Schwere der Erscheinungen den Grad der Vergrößerung der Drüse bestimmen können. Für pathognomisch spricht er erweiterte Pupillen und schnellen Puls zwischen 100 Schlägen in aufrechter Stellung und 80 oder weniger in liegender, herrührend von einer Reizung des Sympathikus, sowie das Kleinerwerden der Thymus in horizontaler Lage an. Wenn die Erscheinungen mehr einseitig ausgeprägt sind, dann ist auch die Dämpfung über dem Brustbein eine größere auf der entsprechenden Seite. Von speziellen Drucksymptomen treten Herzfülle, Schwierigkeit beim Schlucken, Asthma und Husten in die Erscheinung. Häufig gesellen sich Beschwerden der Enteroptose mit ihren nervösen Begleiterscheinungen hinzu, auch Schilddrüsenschwellung und gelegentlich auch Exophthalmus, so daß man an Basedow erinnert wird, zumal auch Tremor der Hände kein seltenes Symptom ist. Tachykardie besteht zwar auch, aber sie geht kaum über 120 Schläge hinaus. Der Puls ist klein, die Arterien zumeist kontrahiert, schlagen deutlich, besonders die Karotiden. Die Haut erscheint für gewöhnlich normal, manchmal glänzend und gelegentlich pastös. Es besteht Reizbarkeit, Gedächtnisschwäche und mangelnde Merkfähigkeit, auch hysterische Erscheinungen. Auffällig ist die leichte Ermüdbarkeit in körperlicher und geistiger Hinsicht, trotz normaler Muskelkraft. Der Körper erscheint häufiger unterernährt als von normalem oder erhöhtem Gewicht. Typisch ist auch Hyperhydrosis, besonders der Handflächen. Dazu treten Störungen von seiten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Magens und des Darmes, wie Fülle und Druck nach dem Essen, Übelkeit, Erbrechen, Konstipation.

Alle diese Erscheinungen führt Verf. in erster Linie auf Reizung des Sympathikus und Vagus durch die vergrößerte Drüse zurück, sodann aber auch auf den Druck, den sie auf die benachbarten Organe, die großen Gefäße, Ösophagus, Trachea und Nerven ausübt.

Die Diagnose, die nicht schwer ist, gründet sich auf die beständige Nachweisbarkeit der nervösen Erscheinungen, die vorhandene Dämpfung über dem Brustbein, die bei Rückwärtslagerung des Körpers zurückgeht (infolge geförderten Abflusses des Blutes), den Nachweis derselben nicht nur durch Perkussion, sondern auch durch Röntgenstrahlen und vor allem auf die beträchtliche Abnahme der Dämpfung, bzw. der Größe der Drüse nach einer kurzen Anwendung der Hochfrequenzströme. Diese Tatsache fällt ins Gewicht behufs Differentialdiagnose gegenüber anderen Tumoren im Mediastinum, die Dämpfung über dem Brustbein hervorrufen können. — Therapeutisch ist daher von Wert die Applikation der Hochfrequenzströme (schon nach fünf Minuten deutliche Verkleinerung), daneben kommen in Betracht Ruhe und hygienische Behandlung, vielleicht auch spezifische Behandlung in dem Rahmen der Schilddrüsentherapie und in gegebenen Fällen operativer Eingriff. — Die Abhandlung enthält auch eine Anleitung über den perkutorischen Nachweis der Thymusdämpfung über dem Brustbein.

Buschan (Stettin).

John Philipps: A case of acromegaly with thrombophlebitis of the superficial veins. A study of the cardiovascular changes in acromegaly.

(Medical Record, 1909, vol. LXXV, Nr. 8, S. 301—306.)

Ein typischer, eingehend beschriebener Fall von Akromegalie, bei dem sich im Verlaufe der Krankheit zuerst in der Mitte der Vorderarme, sodann der Unterschenkel eine Thrombose der oberflächlichen Venen einstellte, gibt dem Verf. Anlaß, sich mit den kardio-vaskulären Veränderungen bei diesem Leiden zu beschäftigen. Er bringt eine gute Zusammenstellung der bisher in der Literatur niedergelegten, darauf bezüglichen Beobachtungen, die in der Hauptsache zeigen, daß bei Akromegalie Herzerweiterung, entweder einfache oder mit Myokarditis, sowie Sklerose der Arterien und degenerative Veränderungen der Gefäßwand der Venen ziemlich häufig vorkommen. Er fragt sich, ob diese Erscheinungen mehr als Zufälligkeiten oder als Begleiterscheinungen der Akromegalie, als Äußerungen der gleichen Ursache, welche die Erscheinungen an den Knochen hervorruft, zu deuten sind, und kommt auf Grund des Studiums der klinischen Symptome sowie besonders der augenblicklichen Kenntnis von der physiologischen Wirkung der Hypophysispräparate auf die Gefäße zu dem Ergebnis, daß die kardio-vaskulären Veränderungen bei Akromegalie zum Krankheitsbilde gehören und wahrscheinlich auf die beständige Hypertension der Gefässe infolge Hypersekretion der Hypophysis zurückzuführen sind.

Buschan (Stettin).

Louis Rénon, Arthur Delille et R. Monnier-Vinard: Gigantisme avec tumeur de l'hypophyse et par insuffisance thyréo-ovarienne.

(La Pédiatrie pratique, 1909, Janvier 1.)

Die $16\,^1/_2$ jährige Kranke, die aus gesunder Familie stammte, war bis zu zwölf Jahren an Länge und Gewicht normal, sodann begann sie stärker zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wachsen. Mit 16 1/2 Jahren war sie 1,68 m groß und wog 85 kg. Gleichzeitig stellten sich häufige, paroxysmenartig auftretende Kopfschmerzen, Übelkeit, leicht eintretendes Erbrechen, Schwindelgefühl ein, die Sehkraft nahm ab, die Untersuchung ergab weiße Atrophie der Papillen ohne Ödem, die Röntgenaufnahme einen Tumor in der Sella turcica, also eine Vergrößerung der Hypophysis. Außerdem klagte die Kranke über Verstopfung, Kältegefühl in den Füßen, Depression; sie zeigte auch besondere Fettablagerung am Rumpfe und Fehlen der Schilddrüse bei der Palpation — diese Erscheinungen deuten die Verf. auf Insuffizienz der Schilddrüsensekretion. Schließlich bestanden noch Amennorrhöe, lumbo-abdominale Schmerzen, infantiles Verhalten der Brüste, ein Becken von männlichem Typus, mangelhafte Entwicklung der Haare in der Achsel und an der Scham, sowie aufsteigende Hitze mit Sensationenerscheinungen, welche die Verf. auf ungenügende Sekretion der Ovarien zurückführen wollen. Es handelt sich im vorliegenden Falle um ein Krankheitsbild, das durch Hypertrophie der Hypophysis, Insuffizienz der Eierstöcke und leichte Insuffizienz der Thyreoidea charakterisiert ist. Den Riesenwuchs führen die Verf. auf die gesteigerte Hypophysistätigkeit zurück, denn sie sahen bei einem Akromegalischen nach Hypophysektomie rapid das Volumen der Hände und Füße zurückgehen. Das Mißverhältnis in den Körperproportionen, das den vorliegenden Fall kennzeichnet, wollen sie der ovariellen Insuffizienz schuld geben. In therapeutischer Hinsicht schlagen sie die Hypophysektomie vor; von ihr hoffen sie einen Rückgang aller Kompressionserscheinungen und vielleicht eine Besserung der Sehkraft. Sodann wäre Thyreoid- und Ovarialtherapie am Platze.

Buschan (Stettin).

Treupel: Die Behandlung des Asthma bronchiale.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908. Nr. 53.)

Der Verfasser weist auf die nervöse Entstehung der Krankheit hin und empfiehlt deshalb neben anderen Mitteln vor allem die psychische Behandlung.

Müller (Dösen).

Courtellemont: Trophoedeme chronique. Variété congénitale unique.

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1908, S. 67.)

Bei einem 83jährigen Greise besteht seit der Geburt eine Vergrößerung des rechten Unterschenkels und Knies, die im wesentlichen auf einer Massenzunahme des Unterhautzellgewebes beruht. Die Knochen sind nach dem Röntgenbild frei. Die Deformität hat dem Kranken stets nur wenig Beschwerden gemacht; Motilität und Sensibilität bis auf geringe Schwäche und Parästhesien frei. Haut teils farblos, teils leicht rot gefärbt. Einzelne Naevi an dem vergrößerten Unterschenkel und sonst am Körper. Starker Fingerdruck hinterläßt eine geringe Einsenkung.

Der Autor rechnet den Fall zum chronischen Trophödem und nicht zur kongenitalen Hypertrophie.

Cassirer.

Pineles: Zur Behandlung der Tetanie mit Epithelkörperpräparaten.

(Obersteiner's Arbeiten, XV, 437.)

Pineles versuchte drei Fälle von Tetanie mit Epithelkörperpräparaten zu behandeln. In zwei Fällen handelte es sich um seit langem bestehende Tetanie bei strumektomierten Kranken, in einem dritten um chronisch idiopathische

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tetanie. Die gewöhnlichen idiopathischen Fälle eignen sich wegen der großen Neigung zu spontaner Besserung nicht zu derartigen Versuchen. Die Behandlung war erfolglos, obgleich relativ große Dosen (0,15—0,45 g getrocknete Epithelkörpersubstanz) gegeben worden waren. Die interne Epithelkörperchenbehandlung ist demnach bei der parathyreopriven und idiopathischen Tetanie unwirksam. Cassirer.

v. Orzechowski: Über Tetanie mit myotonischen Symptomen.
(Jahrbücher f. Psych. u. Neurologie, Bd. 29, 2/3.)

Unter Mitteilung zweier neuer Fälle stellt Verf. die bisherigen (20) Beobachtungen über Tetanie mit myotonischen Symptomen zusammen. Diese letzteren lassen sich nicht aus der allgemeinen Nervenübererregbarkeit erklären. Es zeigt sich, daß beim Zusammentreffen dieser Symptomengruppen beide, die tetanischen wie die myotonischen nur unvollkommen ausgeprägt sind; sie scheinen etwas Gegensätzliches zu haben und sich gegenseitig zu verdrängen.

Verf. möchte die Schädlichkeit, welche der tetanischen Myotonie zugrunde liegt, auch in einer Veränderung der Epithelkörperchen suchen, aber einer anderen als die, welche die Tetanie allein verursacht; sie macht eine Dysparathyreoidosis neben der Hypoparathyreoidosis bei der Tetanie. Auch die erworbene Myotonie könnte die gleiche Pathogenese haben und vielleicht sogar die echte Thomsen'sche Krankheit, wobei die tetanischen Symptome alle von den myotonischen verdrängt wären. Chotzen.

Psychiatrie und Neurosen.

Pick: Psychiatrie und soziale Medizin.
(Deutsche medizin. Wochenschr. 1909, Nr. 1.)

Der Verfasser schildert die besonders engen Beziehungen der Psychiatrie zu den sozialen Verhältnissen, welche auf den Störungen der Anpassung des einzelnen an die Mitwelt beruhen und sich bei der Beurteilung jedes Falles immer wieder vordrängen. Schon bei der Untersuchung des Kranken müsse man die sozialen Gesichtspunkte berücksichtigen, eine für alle Kranken gleichmäßig schematische Prüfung sei irreführend. Müller (Dösen).

A. N. Bernstein: Die Form und der Inhalt der psychischen Störungen.
(Sovremennaya Psychiatria 1909, Nr. 2. Russisch.)

Allgemein-kritische Bemerkungen über die Bedeutung der in Rußland noch wenig bekannten Freud-Jung'schen Untersuchungen „des psychischen Inhaltes".

Nur „die Form" der psychischen Phänomene, d. h. die gesetzmäßige Art und Weise des Entstehens und Verlaufes der psychischen Prozesse soll stabile Eigenschaften besitzen, die sich zu nosologischen Verallgemeinerungen verwenden lassen. Der Inhalt, der mit der Persönlichkeit und mit deren äußeren Verhältnissen variiere, eigne sich nicht dazu.

Die mit der „Form" der psychischen Vorgänge sich befassende nosologische Untersuchung bietet die einzige Quelle für das pathogenetische Verständnis der psychischen Störungen, die in letzter Instanz auf chemisch-anatomischen Veränderungen basieren.

Die Psychanalyse, die nur den variablen Inhalt in Betracht zieht, stellt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aber eine wichtige Ergänzung der „formalen" Betrachtungsweise dar, indem sie die individuelle „psychogenetische Komponente der einzelnen psychopathologischen Konstruktionen erklärt und zu einer nützlichen, aber doch nur symptomatischen Therapie führt. Luniewski (Warta).

Ch. Ladame: Les lésions anatomiques des maladies mentales.
(L'Encéphale, 1909.)

Eine kurze Besprechung der wichtigeren anatomischen Veränderungen, die sich bei Geisteskrankheiten finden und die zum Teil durch Abbildungen erläutert werden. Spielmeyer.

E. Meyer: Über psychische Ursachen geistiger Störungen.
(Berliner klin. Wochenschr., 1909, 5.)

Verf. zeigt an zwei Fällen, daß „psychische Ursachen eine größere Bedeutung für die Entstehung von Geisteskrankheiten, auch außerhalb der Hysterie, haben, als wir gemeinhin annehmen". Die Symptomenbilder in beiden Fällen bestanden in Erregung und Verwirrtheit mit ängstlichen Vorstellungen, die Erkrankung verlief ziemlich rasch und hinterließ nur eine verschwommene traumhafte Erinnerung. Der Krankheitszustand steht in beiden Fällen der Amentia nahe. Beidemal sind übermächtige psychische Einflüsse in der Genese der Erkrankung wirksam. Spielmeyer.

E. Forster: Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Psychiatrie und Neurologie.
(Berliner klin. Wochenschr., 1909, 7.)

Kurze Erörterung über die Indikationen zur Hirnpunktion, ihre Ausführung und ihren praktischen Wert. Spielmeyer.

Birnbaum: Zur Lehre von den degenerativen Wahnbildungen.
(Allgem. Zeitschr. f. Psych., 66, 1.)

An einem schönen Beispiel setzt B. die Charaktere der degenerativen Wahnbildungen auseinander: ihre Entstehung auf äußeren Anlaß, die Bewußtseinsstörung im Beginn, die starke Beeinflußbarkeit durch äußere Faktoren, die Oberflächlichkeit der Wahnvorstellungen, ihr geringer Realitätswert, ihre Unbeständigkeit und Veränderlichkeit. Verf. bringt diese Art der Wahnbildungen in enge Beziehung zu den protrahierten hysterischen Dämmerzuständen. Chotzen.

Risch: Allgemeinerkrankung und Psychosen.
(Jahrbücher f. Psych. u. Neurol., Bd. XXIX, 2/3.)

R. berichtet über drei Fälle akuter Erkrankung, welche stürmisch unter deliranten Erscheinungen begannen und im ganzen ein Bild wie die Kollapsdelirien oder infektiösen Schwächezustände boten. Auch körperlich erweckten die Kranken den Eindruck hoch Fiebernder, es bestand aber keine Temperaturerhöhung. Eine Kranke litt an Phthisis pulmonum.

Das ganze Bild spricht nach Verf. für eine Intoxikation des Gehirns bei einer allgemeinen Intoxikation des Körpers, deren Wesen und Ursache aber dunkel sind. Chotzen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H. Oppenheim: Zur Psychopathologie und Nosologie der russisch-jüdischen Bevölkerung.

(Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. XIII, 1908. Festschrift Forel.)

Verf. sah bei den russischen Juden häufig Neurosen, Psychosen und Neuropsychosen. Oft assoziierten sich verschiedene Neurosen und psychopatische Zustände; schwer zu deutende und zu entwirrende Mischformen kamen vor. Es verbanden sich aber auch neurasthenische, hysterische oder hypochondrische Symptome und Symptomenkomplexe mit organischen Nervenkrankheiten, selbst mit Hirn- oder Rückenmarkstumor, multipler Sklerose oder amyotrophischer Lateralsklerose. Verf. beobachtete ferner bei russischen Juden Basedow, myastherische Paralyse, Neuralgien, Epilepsie und Anomalien des Gefäßsystems. Eine Prädisposition für neurovaskuläre Erkrankungen fiel ihm besonders auf. Nicht selten ging die vasamotorische Neurasthenie auf dem Weg neurovaskulärer Erkrankung in ein zerebrales oder zerebrospinales Leiden über. Die Neurasthenia cordis und vasomotoria führte zuweilen zu Arteriosklerosis des Herzens und der Gefäße und damit indirekt zur Apoplexie und Enzephalomalakie des Gehirns. O. erwähnt die starke Nosophobie und das Mißtrauen der russischen Juden und erklärt die Häufigkeit der nervösen und vaskulären Erkrankungen u. a. durch die Verfolgungen, die schlechten hygienischen Verhältnisse und die starke geistige Überanstrengung. G. Ilberg.

Dr. L. Frank (Zürich): Zur Psychanalyse.

(Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. XIII, 1908. Festschrift Forel.)

Verf. hat die psychanalytische Methode an Zuständen psychotraumatischen Ursprungs, insbesondere an Phobien, Zwangsvorstellungen, neurasthenischen Angstzuständen, nervösen Herzaffektionen, hypochondrischen Zuständen auf neurasthenischer Basis sowie einer Reihe von sexuellen Perversitäten geprüft. Er erklärt die Erkenntnis und Behandlung solcher psychoneurotischer Zustände nach der Methode, wie sie Breuer und anfangs auch Freud geübt hat, für sehr wertvoll. Verf. machte die Psychanalyse im Wachen oder in einem bestimmten Hypnosezustand, legte die Hand an die Stirne des Patienten oder nahm seinen Kopf zwischen die Hände, drückte denselben und holte die Antworten durch suggestive Fragen hervor, um dann „das pathogene psychische Material schichtweise auszuräumen“ (Freud). An vier möglichst einfachen, psychologisch durchsichtigen Fällen gibt Verf. einen Einblick in den psychischen Mechanismus psychoneurotischer Zustände und zeigt den Wert solchen therapeutischen Vorgehens. G. Ilberg.

Mignard: Apparition de tics et de phénomènes convulsifs liés à un delire melancolique chez une dégénérée hereditaire. (Auftreten von Tiks und krampfartigen Zuständen in einem Depressionszustand bei einer hereditär Degenerierten.)

(Bulletin de la société clinique de Medicine mentale, Bd. II, H. 1, 1909.)

Nach der Ansicht von Magnan kommen die psychomotorischen Phänomene, Tiks, Halluzinationen, Wahnbildungen eng vergesellschaftet auf degenerativer Basis vor. Man beobachtet aber auch, daß derartige Symptome dem Ausbruche einer wahren Psychose lange Zeit vorangehen. Es wird über einen Fall berichtet, wo das Umgekehrte statthatte. Bei einer hereditär belasteten Frau (Vater

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Selbstmord, ein Bruder irrsinnig) entstand die Wahnidee, daß sie allseits von Liebesanträgen verfolgt werde, worüber sie sich Vorwürfe machte. Es traten Bewegungen auf, die den Zweck hatten, die vermeintlichen Zudringlichen zu verscheuchen. Allmählich bildete sich eine tikartige Bewegung aus, die auftrat, so oft die Kranke angesprochen wurde oder auch spontan. Hingegen sistierte die Bewegung während verschiedener Beschäftigungen oder bei Anspannung der Aufmerksamkeit. Sie bestand darin, daß die linke Hand zur Achsel geführt und dann der Vorderarm nach außen und unten geschnellt wurde, zugleich traten immer dieselben Gesichtsverzerrungen auf. Es wurden Hypästhesien, Gesichtsfeldeinschränkung, zeitweiser Mutismus beobachtet. Verf. hält das Krankheitsbild für „eine Melancholie bei hereditärer Belastung mit Tiks und hysterischen Zügen".

Allers (München).

Cléramrault: L'exploration clinique de la sensibilité douloureuse par la pression.

(Bulletin de la société clinique de Médicine mentale, Bd. II, H. 3, 1909.)

Die Schmerzhaftigkeit des Druckes auf den Fingernagel sowie der Gelenksbandüberdehnung in den Interphalangealgelenken fehlen häufig bei Paralyse und Tabes, wobei oft die Hautempfindlichkeit der betreffenden Regionen erhalten sein kann. Die Analgesie ist selten bei Hemiplegie; bei chronischem Alkoholismus besteht Hypalgesie, bei akuten Alkoholpsychosen Hyperalgesie. Druck im zweiten und dritten Spatium interosseum der Hand, auf die innere Kante der Tibia, die Ansatzstelle des M. pectoralis maior, die Beugersehnen des Armes werden zur Untersuchung der tiefen Sensibilität empfohlen.

Allers (München).

Aronsohn: Ein seltener Fall von perverser Sexualbetätigung.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1909, Nr. 4.)

Bei dem Kranken erfolgt geschlechtliche Erregung nur durch bestimmte weibliche Kleidungsstücke und durch die Vorstellung, daß ein weibliches Wesen gemartert wird.

Müller (Dösen).

P. Seelig: Über psychiatrische Beobachtungsstationen für Fürsorgezöglinge.

(Zeitschrift für Psychotherapie und med. Psychologie, Bd. I, H. 2, 1909.)

Verf. kommt in der Arbeit an der Hand einer Gruppierung der psychisch alterierten Fürsorgezöglinge zu dem Schlusse: Schaffung einer Möglichkeit zur Herausnahme der betreffenden Zöglinge für einige Zeit aus ihrer gewöhnlichen Anstaltsumgebung und Berücksichtigung lediglich medizinischer Gesichtspunkte während dieser Beobachtungs- bzw. Behandlungszeit. — Meines Erachtens ist bei der Frage neben dem vom Verfasser behandelten Punkt sehr wesentlich, darauf zu drücken, daß die Erziehungsanstalten für Fürsorgezöglinge und selbstverständlich die zu schaffenden Beobachtungsabteilungen an diesen Anstalten ärztliche sachverständige Berater erhalten, denen der tätige Einfluß auf die „Erziehung" sichergestellt ist. Außerdem ist es notwendig, daß die Erziehungsanstalten einen sehr innigen Konnex mit den Irrenanstalten und insbesondere mit den Kinderabteilungen derselben bekommen. Erst dann wird der Arzt die Möglichkeit haben, nach Sichtung des Materiales die Zöglinge hier und dort unterzubringen und ihre Schicksale weiter zu verfolgen, was in praktischer und wissenschaftlicher Bezie-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hung außerordentlich wichtig erscheint. Notwendig erscheint also eine großzügige Organisation. O. Rehm (Dösen).

C. Wickel: Familienpflege Geisteskranker bei Irrenpflegern.
(Psych.-neurol. Wochenschrift, X. Jahrgang, Nr. 49, 1909.)

Verf. berichtet über die dreieinhalb Jahre bestehende Familienpflege bei Irrenpflegern in der Anstalt Obrawalde (Posen). Im allgemeinen sind die erzielten Erfolge nicht ungünstig. In vielen Fällen wurde durch die Familienpflege ein guter Einfluß auf den Zustand der Kranken erzielt. Es erscheint Ref. von besonderer Wichtigkeit, den Pflegern den örtlichen Verhältnissen angemessen möglichst reichliche Entschädigung zu gewähren, dann werden sich die Familien mit mehr Eifer der Pflege widmen, als dies meist der Fall zu sein pflegt. Ob im übrigen eine Beschäftigung der Idioten mit Beaufsichtigen und Fahren der Kinder sehr passend ist, möchte ich dahingestellt sein lassen. O. Rehm (Dösen).

G. Martini: Sulle dimissioni precoci degli alienati. (Über Frühentlassungen.)
(Note e Riviste di Psichiatria, 3. S., Bd. II, Nr. 3, 1909.)

Verf. teilt sieben Fälle von manisch-depressiven Kranken mit, bei welchen allen die frühzeitige Entlassung von günstigem Einfluß auf den Krankheitsverlauf war, sowohl im manischen als depressiven Stadium. Der Entlassung hat die Prüfung des Verhaltens der Kranken bei der Arbeit vorauszugehen. Solche, die dabei sich sichtlich besser befinden, eignen sich zur Entlassung in die Pflege der Angehörigen; diese sind genau zu instruieren. Die Ursache der günstigen Wirkung sieht Verf. in der Rückkehr in die vertraute Umgebung, sowie in dem Wegfall der unangenehmen Eindrücke der Anstalt. Die Frühentlassung ist, unter Wahrung entsprechender Kautelen, günstig für den Kranken und ökonomisch bedeutsam für dessen Familie sowie das Land, welches eine geringere Anzahl von Verpflegstagen bezahlt. Allers (München).

Cron: Innervationsstörungen in heilpädagogischer Behandlung.
(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendlichen Schwachsinns, 1908, Heft 3 u. 4.)

Im „Jugendheim Heidelberg" wird das Ziel verfolgt, die durch nervöse und psychische Störungen bedingten Mängel der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit von Kindern zu bessern. Die Erziehungsmethode stützt sich hauptsächlich auf körperliche Übungen mannigfachster Art, berücksichtigt dabei aber stets auch die psychische Beeinflussung der Kinder, fordert sorgfältiges Eingehen auf die Eigenart jedes einzelnen und stetige Kontrolle des Erfolges. Man liest mit Vergnügen die durch zwanglose Abbildungen belebte Skizze, welche von einer erfrischenden Arbeitsfreude und von erfolgreichem Wirken Zeugnis gibt. Da es sich um ausgesprochen krankhafte Störungen handelt, muß freilich vorausgesetzt werden, daß die Kinder unter genauer ärztlicher Aufsicht stehen und daß ein Arzt die Indikationen stellt. Sonst stehen wir trotz aller Erfolge vor der Gefahr, daß das Wichtigste übersehen und vernachlässigt wird. Müller (Dösen).

Warda: Über die Krankenpflege bei Hysterischen.
(Deutsche Krankenpflege-Zeitung, 1908, Nr. 8.)

Kurze Anweisung für das Pflegepersonal unter Hinweis auf das Krankhafte an der Handlungsart der Hysterischen. Betont wird vor allem die Pflicht der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pflegerin, die ärztlichen Absichten zu unterstützen, nicht selbständig eine „moralische" Behandlung zu unternehmen, Unwahrheiten zu vermeiden und immer eine gewisse seelische Distanz zwischen sich und der Kranken aufrecht zu erhalten.

Müller (Dösen).

Schlosz: Die Fürsorge für abnorme Kinder in Ungarn.

(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendlichen Schwachsinns, 1908, 5. Heft.)

Die ungarischen Anstalten und Einrichtungen werden besprochen. Im Gegensatz zu den in Deutschland herrschenden Ansichten scheint man in Ungarn danach zu streben, die Schwachbefähigten leichteren Grades aus den Hilfsschulen nach einigen Jahren der öffentlichen Volksschule wieder zurückzugeben.

Müller (Dösen).

Mattauschek: Hilfsschulzöglinge und Militärdiensteignung.

(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendlichen Schwachsinns, 1908, 4. Heft.)

Unter Berücksichtigung der reichsdeutschen Einrichtungen werden für die österreichischen Verhältnisse die Nachteile, welche dem Heer durch Einstellung geistesschwacher Personen drohen, dargelegt und Vorschläge zu geeigneten Maßnahmen gemacht.

Müller (Dösen).

Kirmße: Dr. Karl Heinrich Rösch.

(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendlichen Schwachsinns, 1908, 5. Heft.)

Das Lebensbild und die Bestrebungen des um die Idiotenforschung und -versorgung verdienten württembergischen Arztes sind mit liebevoller Anerkennung gezeichnet.

Müller (Dösen).

Kuttner (Berlin): Über- und Unterernährungskuren.

(Med. Klinik, 1909, Nr. 19.)

Der Artikel, der auch die Diätkuren zwecks Mästung und Entfettung des Organismus in der Behandlung von Nervenleiden berücksichtigt, warnt vor allem vor jedem Schematismus und vor Übertreibung der Maßnahmen, wodurch für den Patienten schwere Gefahren erwachsen können.

Liebetrau (Hagen i. W.).

W. Spielmeyer: Klinische und anatomische Untersuchungen über eine besondere Form von familiärer amaurotischer Idiotie. (Habilitationsschrift.)

(Separatabdruck aus „Nißl's histolog. und histopatholog. Arb.", Bd. II, 1907, 61 S.)

Unter den Bestrebungen, die danach zielen, in dem Chaos der Einzelformen der Idiotie System und Ordnung zu schaffen, Zusammenhänge dort zu konstruieren, wo die Einzelerscheinung, sich selbst überlassen, unterzutauchen droht, nimmt die Arbeit Spielmeyer's einen hervorragenden Platz ein. — Seine Hauptaufgabe erblickt er darin, die Fälle, die er als neuartig beobachtet, gleich an diejenigen anzugliedern, die bereits bekannt und beschrieben sind. Er hatte Gelegenheit, drei Fälle von Idiotie in einer Familie klinisch und anatomisch zu beobachten, deren Verwandtschaft zur amaurotischen Idiotie sehr groß zu sein scheint. Hier wie dort das familiäre Auftreten, hier wie dort eine ähnliche Entwicklung und Ausgang, hier wie dort als besonders auffallendes Symptom: Erblindung und Demenz. Auch anatomisch große Ähnlichkeiten: eine allgemeine eigenartige Zell-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erkrankung, wie sie bisher nur bei der amaurotischen Sachs'schen Idiotie beschrieben worden ist — ohne entzündliche Vorgänge, ohne Gefäßerkrankung. — Dies bei oberflächlicher Betrachtung. Bei näherer Besichtigung finden sich jedoch wesentliche Unterschiede. Der Beginn der Erkrankung setzt bei den Spielmeyer'schen Fällen zur Zeit der zweiten Dentition ein, in ätiologischer Hinsicht muß der Lues Bedeutung gegeben werden, der Verlauf ist ein bedeutend langsamerer (er erstreckt sich hier über zehn Jahre und mehr), von allgemeinen Körperlähmungen ist keine Rede, die Ursache, die zur Erblindung führt, ist eine verschiedene: es handelt sich um keine Makulaerkrankung, sondern um eine eigenartige Retinaatrophie. Aber selbst diese Unterschiede sind, wie Spielmeyer ausführt, nicht von solcher prinzipieller Bedeutung, daß sie seinen Fällen eine Sonderstellung gegenüber der Sachs'schen Krankheit geben könnten. Es ist das Verdienst H. Vogt's, die Stufenreihe aufgestellt zu haben, auf der die Spielmeyer'schen Fälle allmählich in die Gruppe der echten amaurotischen Idiotie hinüber zu leiten wären. Das Ergebnis der anatomischen Untersuchung ist es vor allem, das die wesentlicheren Unterschiede aufdeckt. Wenn auch die Zellveränderungen in ihrer groben Form große Ähnlichkeiten aufweisen, so zeigt doch die feinere Analyse, daß anders geartete Prozesse der Zellveränderung zugrunde liegen. Es kann hier nur oberflächlich darauf eingegangen werden. In den Spielmeyer'schen Fällen kommt es nicht zur totalen Zerstörung und Untergang der Ganglienzellen, daher fehlt die Verödung und Destruktion der Rinde, die bei der Sachs'schen Erkrankung im Übersichtspräparat sofort ins Auge fällt: die vor allem auffallende Blähung der Zellen wird vorzüglich durch eine Pigmentablagerung bedingt, die in gleicher Art bei der amaurotischen Idiotie fehlt. Hand in Hand mit diesem Befunde dürfte der Mangel an einem Zerfall von Markscheiden und Fasersystemen gehen, der bei der anderen Erkrankung sich findet. Endlich zeigt die histologische Untersuchung des optischen Apparates, daß in den Fällen von Spielmeyer in ganz elektiver Weise andere Elemente des peripheren Apparates (nämlich die Stäbchen und Zapfen der Retina) betroffen worden sind. Es handelt sich somit nicht lediglich um graduelle Unterschiede, sondern um „eine Eigenart, die die Abgrenzung des aufgestellten histologischen Gesamtbildes rechtfertigt" — ein Ergebnis, das an der Hand der so gründlichen Untersuchungen von Spielmeyer einerseits und Schaffer andererseits zu gewinnen ist.

Dies in wesentlichen Zügen über den Hauptteil der Arbeit. Daneben enthält sie noch eine Reihe anregender Betrachtungen spezieller Art, die sich als Episoden dem Gang der Hauptuntersuchung angliedern. Ich nenne die Ausführungen über eine eigenartige aphasische Störung bei der einen Kranken, die als transkortikale Aphasie zu deuten ist mit einer totalen sensorischen und einer partiellen motorischen transkortikalen Aphasie; weiter die Betrachtung über die Funktion der Ganglienzellen, die sich an die Schilderung der eigenartigen, auf einen bestimmten Teil des Zelleibes lokalisierten Veränderung anknüpft, Studien allgemeiner Art über Gliaveränderungen und anderes mehr.

Wie auch sonst, wirkt Spielmeyer hier durch seine übersichtliche Gliederung des Stoffes, durch seine anschauliche Schilderung und seine geschickte Heranziehung und Einflechtung verwandter Befunde sehr erfrischend. — Auf zwei Tafeln sind in tadelloser Ausführung 43 bunte Abbildungen der Arbeit beigefügt.

Merzbacher.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

N. J. Skliar: Zur Kasuistik und Lehre von den psychisch abnormen Schwindlern.

(Journal newropatologji i psichiatri iweni S. S. Korsakoffá, 1907, H. 6. Russisch.)

Der Verfasser teilt eine interessante Krankengeschichte eines Degenerierten mit Pseudologia phantastica mit. Der Fall betrifft einen Kleinbeamten, der mit Hilfe von falschen Zeugnissen und Empfehlungsbriefen eine Karriere in der russischen Geistlichkeit zu machen suchte.

Der Betreffende wurde zweimal gerichtlich verfolgt und psychiatrisch begutachtet. Während er im Gouvernement Tver als krank begutachtet und freigesprochen wurde, erklärten ihn die Kiewer Psychiater als gesund.

Der Verfasser bespricht eingehend auf Grund der Literatur das Symptom der pathologischen Lüge und seine differentialdiagnostische Bedeutung.

Luniewski (Warta).

F. Chotzen (Breslau): Komplizierte akute und chronische Alkoholhalluzinosen.

(Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, Bd. LXVI, S. 42.)

Verf. diskutiert unter Heranziehung einer größeren Reihe eigener Krankengeschichten die Frage der chronischen Alkoholhalluzinosen. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Akute Halluzinosen mit atypischen Symptomen (besonders Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, sowie hypochondrischen Sensationen) sind nicht rein alkoholistisch, sondern kompliziert, und ebenso sind die von vornherein atypischen chronischen Alkoholpsychosen aufzufassen. Aber auch die aus sicheren Alkoholhalluzinosen hervorgegangenen chronischen Krankheitsbilder zeigen im weiteren Verlauf fast ausnahmslos Komplikationen mit anderweitigen Veränderungen, für welche allerdings der Alkoholismus ebenfalls die Ursache sein kann, insofern er eine Reihe pathogener Momente umfaßt. Insbesondere entwickelt sich unter seinem Einfluß fast regelmäßig ein frühes Senium mit Arteriosklerose, und degenerative Züge macht er manifest; daraus entstehen mannigfache chronische Halluzinosen mit atypischen Symptomen. Sie sollen als „komplizierte Alkoholhalluzinosen" bezeichnet werden, im Gegensatz zu der sehr seltenen reinen „chronischen Alkoholhalluzinosis". Eine besondere Form der ersteren stellt der „halluzinatorische Schwachsinn der Trinker" dar, der besonders charakterisiert ist durch Urteilsschwäche, Stumpfheit, Phantastik und ausgesprochen intermittierenden Verlauf. Haymann (Freiburg i. B.).

Sh. J. Franz: The kneejerk in Paresis. (Das Kniephänomen bei Paralyse.)

(Americain Journal of Insanity, Bd. LXV, Nr. 3, 1909.)

Die Zusammenstellung von 4000 Fällen von progressiver Paralyse aus der Literatur ergibt, daß das Kniephänomen in 24,6 % normal, in 47,3 % gesteigert und in 28,1 % vermindert war oder fehlte. Verf. hat in 8 Fällen den Ablauf des P.S.R. graphisch verfolgt. Er bediente sich eines elektrisch auslösbaren Hammers; die Zeit wurde in $^1/_5$-Sekunden mittels eines Uhrwerkes geschrieben und die Quadrizepskontraktion durch Luftübertragung auf einem Kymographion aufgeschrieben. Die Dauer der Muskelkontraktion beträgt 0,1 bis 0,6 Sekunden; die Latenzperiode des gesteigerten P.S.R. ist bei Paralytikern länger als bei Normalen; die Latenzperioden gesteigerter und verminderter P.S.R. (bei Paralyse) unterscheiden sich nicht wesentlich. Weitere Feststellungen beziehen sich auf

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das gleichzeitige Vorkommen und Abhängigkeitsverhältnis des P.S.R. und Fußklonus, Plantarreflexe, Argyll-Roberston. Pupillenanomalien kommen bei normalem P.S.R. selten vor; das Zusammentreffen von Lichtstarre und fehlendem P.S.R. ist häufig. Die geschriebene Kontraktionskurve zeigt meist im absteigenden Schenkel einen wellenförmigen Verlauf, für welches Verhalten Verf. keine Erklärung geben kann. Allers (München).

J. Dagonet: La persistance des neuro-fibrilles dans la paralysie générale. (Bestehenbleiben der Neurofibrillen bei progressiver Paralyse.)
(Bulletin de la Société clinique de médicine mentale, Bd. II, H. 2, 1909.)

An Präparaten, die nach der Methode von Cajal gefärbt sind, kann man konstatieren, daß die Neurofibrillen des Zelleibes auch an schwer lädierten Zellen erhalten sind. Zellen, deren protoplasmatische Fortsätze geschwunden oder knollig aufgetrieben sind, zeigen ein gut ausgebildetes intrazelluläres Netz. Die extrazellulären Fibrillen sind ebenfalls gut erhalten. Auch die Purkinje-Zellen enthalten reichlich Fibrillen, entgegen der Ansicht von Moriyasu, welcher nach Bielschowsky färbte, worauf Verf. die Verschiedenartigkeit der Befunde zurückführt. Allers (München).

Stransky: Beiträge zur Kenntnis des Vorkommens von Veränderungen in den peripheren Nerven bei der progressiven Paralyse und einzelnen anderen Psychosen.
(Obersteiner's Arb. XV., 425.)

Stransky untersuchte in einer größeren Reihe von Paralysen den N. medianus und peroneus auf das Vorkommen von anatomischen Veränderungen und verglich diese Befunde mit den bei einer annähernd gleich großen Zahl mit Marasmus einhergehenden andersartigen Psychosen (Dementia senilis et arteriosklerot., Melancholie, Epilepsie, Amentia) erhaltenen. Bei den Paralytikern fand er in 28 % erhebliche, in 44 % mäßige, in 28 % geringe oder gar keine Veränderungen — es wurde die Marchi'sche Methode angewandt —, bei den Nichtparalytikern waren die entsprechenden Zahlen 15, 35 und 10 %. Es sind also bei der Paralyse parenchymatöse Veränderungen in den peripheren Nerven durchschnittlich häufiger und in höherem Grade zu finden, als bei anderen Psychosen, was vielleicht für die Auffassung der Paralyse als einer Allgemeinerkrankung spricht.
Cassirer.

Ulbrich: Augenärztliche Untersuchungen an Schwachsinnigen.
(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendlichen Schwachsinns, 1908, 5. Heft.)

Die Studien wurden an den Zöglingen der Prager Pflege- und Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder vorgenommen und umfassen: angeborene und Wachstumsanomalien der Augen, erworbene Anomalien, den Refraktionszustand und den Farbensinn. Hypermetropie und Astigmatismus wurden auffallend häufig gefunden und werden als Degenerationszeichen angesprochen.
Müller (Dösen).

Heller: Über Dementia infantilis.
(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendlichen Schwachsinns, 1908, 1. Heft.)

Es werden sechs Krankheitsfälle mitgeteilt, wo im dritten oder vierten Lebensjahre bei den normal oder annähernd normal entwickelten Kindern, bald unter stürmischen Erscheinungen psychischer Störung, bald mehr schleichend,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich eine tiefgreifende und dauernde geistige Schwäche ausbildete, und zwar, ohne daß akute Krankheiten, Konvulsionen oder Traumen vorhergingen und ohne daß nachweisbar Syphilis oder Paralyse vorhanden war. Derartige Fälle haben schon vielfach ärztliches Interesse erregt, bedürfen aber, darin ist dem Verf. zweifellos Recht zu geben, noch sehr der genaueren Erforschung.

Müller (Dösen).

Windscheid (Stötteritz): Gehirnerweichung als Unfallfolge abgelehnt.
(Medizin. Klinik, 1909, Nr. 8.)

Der Zusammenhang zwischen Kopftrauma und Paralyse mußte negiert werden, weil erst einundeinhalb Jahr nach jenem der Verletzte mit seinen Klagen hervortrat, auf der anderen Seite aber schon vor ihm Doppeltsehen bestanden hatte. Die Ansprüche der Witwe auf Hinterbliebenenrente wurden in allen Instanzen zurückgewiesen. Liebetrau (Hagen i. W.).

Neurath (Wien): Über Idiotie im Kindesalter.
(Mediz. Klinik, 1909, Nr. 6.)

In den letzten Jahren ist der Sammelbegriff Idiotie ätiologisch, klinisch und anatomisch gegliedert worden, und wir haben Fortschritte in der Erkenntnis der verschiedenen Krankheitszustände gemacht. N. bespricht die prädisponierenden Momente, wie neuropathische Veranlagung der Aszendenz, Alkoholismus der Eltern, Geburtstraumen, schildert die Symptome, die schon in der ersten Zeit des Lebens den Verdacht auf Intelligenzdefekt wecken und bespricht dann die einzelnen zurzeit abzugrenzenden Bilder, wie das Myxödem, den Mongolismus, die familiäre amaurotische Idiotie, die tuberöse Hirnsklerose, die unter Umständen längere Zeit symptomlos verläuft und anatomisch durch knollige Protuberanzen der Hirnrinde und der Ventrikelwände und graue Einlagerungen in das Marklager charakterisiert ist. Dann finden noch Entwicklungsstörungen des Gehirns, wie Anenzephalie, Mikrozephalie, Mikrogyrie, Berücksichtigung, ferner die Störungen infolge entzündlicher Prozesse. Die Prognose richtet sich nach der der Idiotie zugrunde liegenden Krankheit. Die essentielle Therapie ist leider noch recht wenig vollkommen. In den meisten Fällen muß psychisch-pädagogisch versucht werden, die Betroffenen zu einzelnen brauchbaren Leistungen zu erziehen, was am besten in Sonderanstalten geschieht. Liebetrau (Hagen i. W.).

James C. Carson: The Mongolian type.
(56. Annual Report of the Managers of the Syracuse State Institute for Feeble-Minded Children for the year 1905, S. 29—32, Albany 1907; und 57. Annual Report for 1907, S. 33 u. 34, Albany 1908.)

Mongoloide erreichen im allgemeinen kein höheres Alter; wenige gelangen bis zu 21 Jahre, selten wird einer über 25 Jahre alt. Die ältesten Personen, die Verf. kannte, waren ein Weib, das mit 54 und ein Mann, der mit 37 Jahren starb. Von allen Mongoloiden, die in der Anstalt zu Syrakus Aufnahme fanden, war nicht ein einziger direkt als Idiot zu bezeichnen; einer stand höchstens an der Grenze, alle übrigen waren in verschiedenem Grade imbezill, jedoch keiner davon mehr als in mittlerem Grade.

Unter 73 Aufnahmen im Berichtsjahre 1905 waren 6, d. i. 8,2%, Mongoloide. Die öfters aufgestellte Behauptung, daß derartige Kranke die letzten Sprößlinge einer kinderreichen Familie wären, hatte kürzlich Barr wieder in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zweifel gezogen. Verf. unternimmt daher eine Prüfung dieser Frage an seinem Materiale von 25 Jahren seiner amtlichen Tätigkeit an besagter Anstalt. In diesem Zeitraume wurden 72 mongoloide Kinder (41 Knaben, 31 Mädchen) aufgenommen; 14 davon = nahezu 20% waren Erstgeborene, 42 = über 58% Zuletztgeborene und 16 = weniger als 22% inmitten der übrigen Geschwister geboren. Bemerkenswert erscheint noch, daß in keiner dieser Familien ein zweites schwachsinniges Kind zur Welt gekommen war. Diese 72 Mongoloiden stammten aus 72 Familien mit 419 Kindern (im Mittel auf eine Familie $5^5/_6$ Kind) insgesamt. Unter letzteren waren 144 Erst- oder Letztgeborene mit 56 = 39% Mongoloiden und 275 Kinder Mittelgeborene mit nur 14 = 5% Mongoloiden. Zum Vergleiche zieht Verf. 72 Familien heran, in denen keine Mongoloiden vorgekommen waren, wohl aber schwachsinnige Kinder; im ganzen 343 Geburten (also im Mittel $4^3/_4$ Kinder auf die Familie), 91, d. h. über 26% waren davon schwachsinnig, und zwar waren in 11 dieser Familien zwei oder mehr Kinder dies und in zwei sogar 4—5. Verf. erblickt in dieser Tatsache einen Beweis dafür, daß andere ursächliche Momente bei der Entstehung des Mongolismus mitsprechen müssen als Heredität. Buschan (Stettin).

J. Sadger (Wien): Zur Ätiologie der konträren Sexualempfindung.
(Medizin. Klinik, 1909, Nr. 2.)

Sadger warnt davor, die Homosexualität auf eine einzige Ursache zurückzuführen. Außer konstitutionellen Momenten kommen sehr verschiedenartige Ursachen in Betracht, die in den ersten vier Lebensjahren die psychosexuelle Entwicklung entscheidend beeinflussen. Die Psychoanalyse ergibt, wie Sadger an einer Krankengeschichte erweist, daß der Homosexuelle in früher Kindheit vorzeitige und überstarke heterosexuelle Neigungen hatte, die sich besonders in einer abundanten Phantasie äußerten. Unter dem Eindruck einer großen Enttäuschung, die ihm sein Ideal raubte, wandte er sich dem eigenen Geschlecht zu. Die erste Liebe des Knaben ist in der Regel die Mutter; die Abwendung von dieser bringt es mit sich, daß der Knabe sich nun dem Vater zuwendet und die Fähigkeit, seine Libido auf das weibliche Geschlecht zu übertragen, verliert. Abraham.

J. Sadger (Wien): Ist die konträre Sexualempfindung heilbar?
(Zeitschr. f. Sexualwissenschaft, Heft 12, 1908.)

Verf. hat das psychoanalytische Verfahren Freud's in mehreren Fällen zur Behandlung der Homosexualität erprobt. Er erblickt in dieser Methode die bisher einzige, welche einen wirklichen Heilerfolg ermöglicht. Sie geht auf die Entstehung der abnormen Neigung zurück; sie begnügt sich jedoch nicht mit der unzuverlässigen Autoanamnese, sondern dringt in das Unbewußte ein. Ganz wie in der Therapie der Neurosen, so hat die Analyse auch hier die Resultate der Sexualverdrängung rückgängig zu machen. Ein Heilerfolg ist nur bei solchen Personen zu erwarten, die von ihrer Abnormität wirklich befreit sein wollen, und die diesen Wunsch nicht bloß wegen des sie bedrohenden § 175 hegen.

Ref. kann die ätiologischen und therapeutischen Erfahrungen Sadger's auf Grund eines von ihm analysierten Falles durchaus bestätigen. Abraham.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Erstes Augustheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Über traumartige und verwandte Zustände.

Von

L. Loewenfeld, München.

Die Zustände, mit welchen ich mich im folgenden beschäftigen werde, haben bisher von neurologischer und psychiatrischer Seite verhältnismäßig wenig Beachtung gefunden. Von französischen Autoren haben sich mit denselben, soviel ich ersehen konnte, nur Janet und Raymond eingehender befaßt; von deutschen Autoren nur Pick, Jung und Strohmayer (beide letztere gelegentlich) hierüber Mitteilungen gemacht[1]). Diese Vernachlässigung ist um so auffälliger, als es sich nicht um belanglose Raritäten oder Kuriositäten handelt, sondern um psychopathische Erscheinungen, die bei verschiedenen Neurosen und Psychosen nicht allzuselten sich finden, Jahre und selbst Jahrzehnte hindurch bestehen und für den Kranken zu schweren Belästigungen werden können. Charakterisiert werden die fraglichen Zustände durch Gefühle, welche sich mit der Perzeption der Außenwelt mit Einschluß der eigenen Person verknüpfen. Die Außenwelt macht nicht den gewöhnlichen Eindruck, das wohl Bekannte und täglich Gesehene erscheint verändert, wie unbekannt, neu, fremdartig, oder die ganze Umgebung macht den Eindruck, als sei sie ein Phantasieprodukt, ein Schein, eine Vision. In letzterem Falle besonders ist es den Patienten, als ob sie sich in einem Traume oder Halbschlafe befänden, hypnotisiert oder somnambul seien, und sie sprechen dann auch zumeist von ihren Traumzuständen. Diese Anwandlungen treten in verschiedenen Intensitätsgraden auf, sind häufig von Angstgefühlen eingeleitet und begleitet und können in sehr verschiedener Dauer von Minuten bis zu halben Tagen und länger hindurch auftreten. Gewöhnlich bestehen daneben noch andere nervöse und psychische Störungen. Die Fälle meiner Beobachtung, über die ich

[1]) Es ist wohl nicht überflüssig, wenn ich bemerke, daß in den bisher erschienenen Jahresberichten der Neurologie und Psychiatrie sich keine Mitteilung über eine das Thema behandelnde Arbeit findet. Das gleiche gilt für das neurologische Zentralblatt, wie auch für das Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im folgenden kurz berichten werde, zerfallen in zwei Gruppen, solche, in welchen lediglich die Gefühle des Fremdartigen oder des Irreellen, Traumhaften bestanden, und in solche, in welchen beide Gefühle nebeneinander auftraten.

Fall I[1]).

Herr X., 29 Jahre alt, Verkehrsbeamter, seit vier Jahren verheiratet, Vater von zwei Kindern, ist nicht ohne erbliche Belastung (der Vater und zwei Schwestern nervös). Mit sechs Jahren Lungenentzündung, mit sieben oder acht Jahren Masern, sonst keine erhebliche Erkrankung, auch keine Infektion. Masturbation vom 16. bis zum 25. Jahre, angeblich mäßig und ohne nachteilige Folgen. Patient ist seit etwa dreiviertel Jahr leidend und zwar nach seiner Ansicht infolge dienstlicher Überanstrengung, doch war er schon früher zeitweilig sehr aufgeregt. Zuerst traten Anfälle von Herzklopfen auf, wozu sich nach mehreren Wochen Beklemmungszustände (Brustbeklemmung) gesellten. Der gegenwärtige Zustand besteht seit etwa fünf Monaten; Patient gebrauchte wegen desselben eine Wasserkur in einer Anstalt und auch sonstige ärztliche Behandlung ohne Erfolg.

Die Hauptklage des Patienten betrifft ein Gefühl des „Fremdartigen", das ihn beständig verfolgt und belästigt[2]). Es ist ihm, als ob er, der doch Familie hat, allein auf der Welt stünde. Wenn er auf der Straße geht, erscheint ihm alles eigenartig, fremd. Wenn seine Frau mit ihm spricht oder Freunde sich mit ihm unterhalten, hat er ebenfalls das Gefühl des Fremdartigen. Die Stimme aller Personen seiner Umgebung kommt ihm verändert, fremdartig vor, und wenn eines seiner Kinder auf ihn zuläuft, erscheint es ihm ebenfalls fremd.

Des Abends, wenn die Lampe etwas düster brennt, hat er das Gefühl, als ob das Zimmer immer enger würde. Kopfschmerz selten, keine Kopfeingenommenheit. Auf der Straße mitunter ein Gefühl der Leere im Kopfe, auch Gefühle, als ob er rückwärts schreite. Öfters inhaltlose Angstzustände; seit einiger Zeit auch eine gewisse geistige Apathie.

Patient kann Lokale jeder Art besuchen, hält es jedoch überall nur kurze Zeit aus. Er gibt zu, daß er über seinen Zustand beständig studiert und namentlich wegen des ihn belästigenden Gefühls des Fremdartigen verstimmt ist.

Geschlechtlicher Verkehr mäßig und in normaler Weise, keine Exzesse in alkoholicis. Appetit gut, Stuhl regelmäßig, Schlaf etwas mangelhaft.

Objektiv O. Aussehen und Ernährungszustand des Patienten gut. Patient befand sich nur kurze Zeit in Beobachtung, während welcher eine wesentliche Veränderung seines Zustandes nicht zu konstatieren war.

Fall II.

X., 15 Jahre alt, Realschüler, erblich belastet. Der Vater paralytisch, endete durch Suizid, ebenso zwei Brüder desselben. Patient hat außer Kinderkrankheiten bisher keine erhebliche Krankheit durchgemacht. Vor eineinhalb

---

[1]) Über diesen Fall wurde schon in meinem Werke „Die psychischen Zwangserscheinungen" berichtet.

[2]) An einer ähnlichen Erscheinung hat Patient nach seiner Angabe bereits als Knabe mit acht Jahren gelitten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahren gestand er seiner Mutter, daß er Masturbation treibe, da er sich sehr unwohl fühlte. Trotz nachdrücklicher Warnung seitens seiner Mutter gab er in der Folge den Mißbrauch nicht völlig auf. Seit einem halben Jahre auch Poll. Patient klagt sehr viel über Kopfeingenommenheit und Kopfschmerz, leichte Schwindelanwandlungen und Rückenschmerzen, Müdigkeit des Morgens, Appetit und Schlaf gut.

Nach dem Berichte der Mutter ist Patient von gutmütigem Charakter, nur mäßig begabt, seine Schulzensuren sind ungünstig.

Die Untersuchung ergibt ein für sein Alter ziemlich hoch aufgeschossenes Individuum von dürftiger Allgemeinernährung, etwas blassem Aussehen und beschränktem Gesichtsausdruck. Im übrigen negativer Befund.

In den folgenden Monaten Besserung des Befindens, doch noch immer hypochondrische Klagen über wechselnde Beschwerden, die bald den Kopf, bald den Rücken, bald den Hals betreffen.

Etwa sechs Wochen später (3. Juli) berichtet die Mutter, daß bei dem Patienten zeitweilig Vorstellungen sehr absurden Inhalts auftreten. Als Belege dienen einige von dem Patienten seiner Mutter übergebene Zettel. Auf einem derselben ist folgendes zu lesen:

„Es ist mir, als ob ich dich erst suchen müßte.

Gefühl, als ob der Körper ganz leicht ist.

Mehrere Mamas, ebenso der liebe Gott.

Als ob du nicht Mama wärst, von Gott verlassen, als ob Gott nicht Gott wäre.

Halsgefühl vorn greifen und etwas drin.

Druck mit Fingern auf den Kopf.

Rückenschmerzen.

Schmerz an der linken Schläfe.

Schmerzen am Fuß, als ob eingeschnürt."

(13. Sept.) Aussehen und Allgemeinernährung des Patienten haben sich während der Ferien gebessert. Er klagt auch weniger über sein Befinden. Bei der heutigen Konsultation erwähnt er jedoch, daß eine Erscheinung, die schon früher bei ihm bestand, in letzterer Zeit häufiger aufgetreten sei. Seit einer Anzahl von Monaten stellt sich bei ihm das Gefühl ein, als ob alles, was ihn umgibt, ihm fremd sei, als ob er erst auf die Welt gekommen und alles für ihn neu sei, als ob er die Dinge, die er wahrnimmt, noch nie gesehen habe. Er erkennt dabei alles und kann auch die Objekte mit Namen sofort benennen. Das Gefühl des Fremdartigen dauert gewöhnlich nur einige Minuten und bezieht sich zurzeit nicht auf seine Angehörigen. Früher hatte er jedoch öfters das Gefühl, als ob seine Mutter eine ihm fremde Person sei[1]). Wenn das Gefühl des Fremdartigen intensiv sich bei ihm einstellt, glaubt er gewöhnlich, daß er allein derartige Gefühle habe und andere Menschen sowohl körperlich als geistig ganz anders beschaffen seien als er.

Patient, den ich erst nach einem Zwischenraume von mehr als dreieinhalb Jahren wiedersah, ist inzwischen 19 Jahre alt geworden und noch in der sechsten Klasse der Realschule, hat jedoch, in Anbetracht seiner ungenügenden Leistungen, wenig Aussichten, das Schlußexamen zu bestehen. Sein gegenwärtiges Befinden

[1]) Hierauf weist auch der Inhalt des oben mitgeteilten Zettels hin.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist nicht ungünstig. Im letzten Jahre wurde er während mehrerer Monate, angeblich infolge körperlicher und geistiger Überanstrengung, von einem Depressionszustande mit Zwangsvorstellungen heimgesucht. Das Gefühl des Fremdartigen tritt bei ihm schon seit Jahren nicht mehr auf.

Fall III.

Frl. A., gegenwärtig 54 Jahre alt, erblich etwas belastet, litt in den 30er Jahren an schwerer Neurasthenie. Nicht während dieser Zeit, wohl aber später, nachdem sich ihr Befinden bereits bedeutend gebessert hatte, traten bei ihr öfters Zustände auf, in welchen ihr wohlbekannte Straßen oder Plätze völlig unbekannt, fremd erschienen und es ihr war, als ob sie in einer Stadt, deren Straßen sie noch nie gesehen hatte, wandere. Dabei hatte sie aber das Bewußtsein, in München zu sein, keineswegs verloren. Bemerkenswert ist, daß ihr die Straßen nie verändert, sondern immer nur neu, unbekannt vorkamen und sie dabei die Häuser und alle anderen Objekte mit voller Deutlichkeit sah. Diese Zustände, welche nie von Angst, eher von einem angenehmen Gefühle begleitet waren[1]), obwohl der Patientin das Krankhafte derselben nicht entging, traten immer nur während einiger Minuten in Zeiten nervöser Abspannung und bei leerem Magen auf. Während der Rekonvaleszenz von einer Pneumonie erschien ihr zeitweilig das Zimmer, in dem sie lag, fremd und unbekannt. Es war ihr, als hätte sie die Bilder an der Wand und die ganze Einrichtung des Zimmers noch nie gesehen.

Fall IV.

Der folgende Fall betrifft ein Ende der 40er Jahre stehendes Fräulein, Künstlerin, die ich seit einer Reihe von Jahren kenne. Sie litt während dieser Zeit nur an einer traumatischen Schultergelenkaffektion (Folge eines Sturzes beim Rodeln), die schon lange beseitigt ist. Erblich ist sie jedenfalls nicht nennenswert belastet. Die hier folgende Mitteilung machte sie mir zu Anfang des laufenden Jahres gelegentlich, nicht in der Absicht, mich zu konsultieren, sondern weil sie annahm, daß es sich um ein Kuriosum handele, das mich interessieren dürfte. Wenn sie z. B. mit einer Person spricht, erscheint ihr plötzlich ihre Umgebung verändert, fremdartig, z. T. wie verschoben[2]), obwohl sie weiß, daß alles auf dem alten Flecke steht und unverändert ist. Befindet sie sich in ihrer Wohnung, so hält dieser Zustand gewöhnlich nicht sehr lange an; sie kann denselben dadurch beseitigen, daß sie sich einen bestimmten Ort vorstellt und von diesem aus in Gedanken nach Hause geht. Bei Ausgängen ist es ihr mitunter plötzlich, als sei die Straße, in der sie geht, verändert, insbesondere in bezug auf die Richtung. Dies tritt namentlich in einzelnen Straßen unter gewissen

[1]) Es war ihr etwa so, wie bei Betrachtung von etwas Interessantem, Neuem. Sie fand auch während des fraglichen Zustandes an Gebäuden, Monumenten usw. Schönheiten, die ihr in ihrer normalen Verfassung entgangen waren.

[2]) Die Art der Veränderung, abgesehen von dem Eindruck des Verschobenseins, weiß sie nicht näher anzugeben. Ähnliche Erscheinungen, nur in weit stärkerer Ausprägung, bestanden bei einzelnen Kranken Janet's (Bd. I, S. 285). Eine Patientin berichtete, daß sie bei sehr üblem Befinden eine gewisse Mühe habe, sich in der Stadt und selbst in ihrem Zimmer zurechtzufinden. Die Straßen, die Häuser, die Türen und Fenster ihres Gemachs scheinen ihren Platz gewechselt zu haben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Umständen ein. Wenn sie z. B. in die Ludwigsstraße vom Odeonsplatz aus kommt, findet sie an der Straße gewöhnlich nichts verändert; gelangt sie dagegen in die Straße von einer anderen Seite her, so hat sie das Gefühl, als ob die in Wirklichkeit völlig gerade sich hinziehende Straße in einer anderen Richtung verlaufe und als seien auch die Gebäude an derselben verändert. Sie ist dabei stets völlig klar im Kopfe und weiß sehr wohl, daß der Eindruck, den die Straße ihr macht, nicht der Wirklichkeit entspricht. Das Gefühl des Verändertseins bezieht sich nie auf ihre Person, sondern immer nur auf Objekte, insbesondere auf die Lage derselben. Es ist ihr z. B., als ob die Fenster des Zimmers, in dem sie sich befindet, ihren Platz gewechselt hätten. Diese Zustände treten bei ihr seit ihrer Jugend und so ziemlich täglich auf; sie ist an dieselben völlig gewöhnt und bemerkt mit einem gewissen Humor, daß sie sich immer abwechselnd in zwei Situationen befinde, der wirklichen und der scheinbar veränderten, die in der Hauptsache immer die gleiche sei.

In ihrer früheren Wohnung waren ihr beide Situationen gleich angenehm, während ihr gegenwärtig die veränderte weniger behagt.

Bemerkenswert ist noch, daß die Veränderung der Situation bei der Dame sich auch während des Arbeitens (Malens) einstellen kann. In diesem Falle bezieht sich die scheinbare Veränderung nur auf die Umgebung, i. e. die Einrichtung des Ateliers, nie auf das Bild, an welchem sie arbeitet; sie ist daher imstande, ohne Unterbrechung weiterzumalen.

Fall V.

Fräulein X., Beamtenstochter, 27 Jahre alt, ohne nennenswerte erbliche Belastung, hat in ihren Kinderjahren Dyphtherie und Pneumonie durchgemacht. Im Alter von 14 Jahren hatte sie bei einem Todesfall, der bei einer befreundeten Familie eintrat, einen Kranz abzugeben und wurde dabei in das Zimmer, in welchem die Leiche sich befand, geführt. Der Anblick machte auf sie, da sie noch keine Leiche gesehen hatte, einen sehr tiefen Eindruck. In der Folge fürchtete sie sich längere Zeit vor dem Sterben. Sie hatte immer das Gefühl, als ob der Tod hinter ihr stehe, und mußte sich immer umsehen. Auch scheute sie sich, eine Zeitung zu lesen, da sie fürchtete, unter den Todesanzeigen ihren eigenen Namen zu finden.

Im Alter von 17 Jahren wurde sie während des Aufenthaltes in einem Pensionate in der Schweiz von sehr lebhaftem Heimweh befallen. Wenn sie während dieser Zeit von zu Hause Briefe erhielt, schien es ihr, als kämen dieselben von fremden Personen, obwohl sie sehr genau wußte, daß sie von ihren Angehörigen kamen. Ihr gegenwärtiges Leiden datiert seit ungefähr vier Monaten und begann mit starker Kopfeingenommenheit, wozu sich allmählich Unfähigkeit, sich geistig zu beschäftigen, Betäubungsgefühle, schwere Angstzustände und gemütliche Depression gesellten. Die Angstzustände sind z. T. inhaltlos, z. T. mit der Befürchtung des Verrücktwerdens verknüpft. Zumeist in Verbindung mit den Angstzuständen, selten unabhängig von solchen, stellt sich bei ihr ein Gefühl des „Fremdartigen“ in bezug auf das, was sie wahrnimmt, ein. Zu Hause erscheint ihr ihre Umgebung ganz verändert, unbekannt, fremd. Mitunter klingt ihr auch ihre Stimme verändert. Auf der Straße verhält es sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ähnlich; die Häuser machen den Eindruck, als hätte sie dieselben nie gesehen. Dabei kommt ihr ihr Zustand mitunter wie „traumhaft“ vor.

Die angeführten Störungen verloren sich im Verlaufe mehrerer Monate.

In den folgenden Jahren kam es wiederholt zu Rezidiven, wobei die Angstzustände in wechselnder Intensität mitunter den ganzen Tag anhielten. Damit in Zusammenhang stellte sich jedesmal wieder das Gefühl des Fremdartigen, insbesondere an Tagen sehr schlechten Befindens, ein. Alles schien ihr dann verändert: zu Hause die Angehörigen, mit denen sie verkehrte, das Dienstpersonal, die Einrichtung der Zimmer; auf der Straße alles was ihr begegnete, was sie um sich herum sah.

Das Gefühl verlor sich mit dem Schwinden der übrigen Symptome[1]).

Fall VI.

Fräulein X., 25 Jahre alt, ist ohne nachweisbare erbliche Belastung. Bis zum Alter von zwölf Jahren außer Kinderkrankheiten keine erhebliche Erkrankung. Vom 12.—14. Jahre im Anschluß an eine Mandelaffektion häufig Globuserscheinungen; im folgenden Jahre, insbesondere während des Aufenthaltes in einem klösterlichen Erziehungsinstitute, sehr viele Beklemmungsanfälle mit Herzklopfen, z. T. auch mit Schwindelgefühl. Nach der Rückkehr in das elterliche Haus im 16. Lebensjahre häufig schwere Angstzustände, Anwandlungen von Grübelsucht und andere psychopathische Erscheinungen. Mit 17 Jahren erst Eintritt der Menses; in der Folge selteneres Auftreten der erwähnten Symptome und Besserung des Gesamtbefindens. Mit 22 Jahren Übernahme einer Erzieherinstelle in Italien. In der ersten Zeit des Aufenthaltes in diesem Lande häufig schwere kardialgische Anfälle, die nach Gebrauch von Seebädern schwanden und erst nach etwa einem halben Jahre wiederkehrten. Während eines Zeitraums von 14 Tagen Erbrechen aller Nahrung, ein Leiden, das durch subkutane Injektion eines Eisenpräparates beseitigt wurde. Nach mehreren Monaten Wiederkehr der Magenbeschwerden, was die Patientin veranlaßte, einen berühmten italienischen Arzt zu konsultieren, der kein organisches Leiden konstatieren konnte und der Patientin den Rat erteilte, in ihre Heimat zurückzukehren, was sie in der Folge auch tat. Auch nach ihrer Rückkehr nach M. stellten sich einige Zeit hindurch noch Magenkrämpfe ein. Vor zwei Jahren Vorbereitung für ein Examen, die sehr intensive geistige Anstrengung erheischte; trotzdem günstiges Befinden. Nach dem Bestehen des Examens jedoch Wiederkehr der Magenbeschwerden, die nach einigen Wochen sich wieder verloren. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren Verlobung; etwa ein Monat später abermals Verschlimmerung des Befindens.

Im folgenden Januar nach vorübergehender Besserung häufig Kongestionszustände, Angst, keine Gedanken mehr zu finden, von einem Schlaganfalle betroffen zu werden usw. Nach mehreren Monaten verloren sich die Kongestionen und die Angst vor dem Gedankenverlieren, jedoch nur um noch peinlicheren Symptomen Platz zu machen. Die Patientin berichtet hierüber in der auf meine Veranlassung von ihr verfaßten sehr ausführlichen Krankheitsgeschichte: „Mir kam z. B. plötzlich die Angst, als würde alles lebendig um mich, ich wußte, das gibt es nicht und doch konnte ich einige Zeit dieses Angstgedankens nicht

[1]) Auf die in der Hauptsache sexuelle Ätiologie des Falles einzugehen, muß ich mir aus äußeren Gründen versagen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

los werden, bis er sich wieder durch einen anderen ablöste. Ich hatte immer die Empfindung als ob jemand hinter mir ginge und nur mit Aufbietung meiner ganzen Vernunft konnte ich den Gedanken unterdrücken, der aber immer wieder von selbst kam. Auch hatte ich zeitweilig ein Gefühl, als würde ich von hundert Armen angefaßt. Abends war ich immer ganz müde durch das beständige Appellieren an die Vernunft. Diese den ganzen Tag und oft die Nacht hindurch mich quälenden und marternden Gedanken setzten sich $2^1/_2$ Monate fort und dann kam noch ein schlimmerer Zustand. Mir ist tagelang gewesen, als ob ich nur im Traume wandele. Ich kam mir vor wie eine Somnambule oder wie in einem beständig hypnotisierten Zustande. Als ob ich der Außenwelt nur passiv gegenüberstünde und als ob das Ichbewußtsein halb in mir eingeschlafen wäre. Dieser Zustand war mir von allem noch der ärgste, aber damals war es nur episodenweis und des Abends wurde es wieder gut, das war wie eine Erlösung."

Nach einer vorübergehenden Besserung gestaltete sich während eines mehrwöchentlichen Aufenthaltes in der Schweiz, im Herbst des verflossenen Jahres der Zustand der Patientin wieder sehr peinlich. Dieselbe berichtet: „Der Traumzustand verließ mich nicht mehr und das nervöse Übel machte sich nicht nur psychisch, sondern auch physisch bemerkbar. Mir war oft, als ob minutenlang alles im Kopf durcheinander wühlte, dann kam der Druck, der am ärgsten am Kopfwirbel ist, dann das fast beständige Ohrensausen und Brausen, besonders aber während der Nacht und immer der Traumzustand, wobei mich eine fürchterliche Angst überkommt, als ob ich nur träumte, daß ich bin. Jetzt kann ich mit der ganzen Vernunft diesen Zustand nicht mehr unterdrücken und hinwegdenken."

Status bei der Aufnahme: Kopfdruck, Kongestionsanfälle mit Herzklopfen, täglich wiederkehrende Angstzustände von wechselnder Dauer, Kälte der Füße, mangelhafter Schlaf, der zum Teil durch Ohrensausen und Kopfdruck, mitunter auch durch Tremoranfälle von stundenlanger Dauer gestört ist. Obstipation bei gutem Appetit. Menses regelmäßig, jedoch spärlich, mitunter bei Beginn dysmenorrhöische Beschwerden. Aussehen gut, Allgemeinernährung dürftig.

Objektiver Befund seitens des Nervensystems, auch seitens der Organe der Brust und Bauchhöhle negativ. Die Patientin erwähnt ferner in Ergänzung zu ihrem schriftlichen Berichte, daß sie in letzter Zeit sowohl auf der Straße wie zu Hause mitunter von dem Gefühle heimgesucht wurde, als sei alles um sie her verändert, ihr fremd; auch ihre eigene Person kam ihr fremd vor. Das Gefühl des Fremdartigen bezieht sich im allgemeinen mehr auf die leblose Umgebung als auf Personen und ist gewöhnlich mit einer Angst vergesellschaftet, die bis zu einer gewissen Höhe ansteigt und sich dann wieder vermindert.

Patientin blieb mehrere Monate in Beobachtung, während welcher Zeit ihr Zustand unter mannigfachen Schwankungen sich allmählich entschieden besserte. Diese Besserung hat sich in der folgenden Zeit nach den mir zugegangenen Nachrichten nicht nur erhalten, sondern bedeutende Fortschritte gemacht, wobei der Umstand wahrscheinlich von Einfluß war, daß sich die Patientin verheiratete. Sie ist inzwischen Mutter geworden. Schwangerschaft und Wochenbett äußerten auf ihr Befinden keinerlei ungünstigen Einfluß.

Ich beschränke mich hier darauf, das, was während der Beobachtungszeit bezüglich des Traumartigen und Fremdartigen sich ermitteln ließ, zu berühren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beide psychopathische Erscheinungen traten nur in der ersten Zeit der Beobachtung noch häufig auf und verloren sich mit der Besserung. Es ergab sich auch, daß beide Gefühle nicht scharf voneinander zu trennen sind, sondern zum Teil miteinander sich vergesellschaften. Beide stellten sich mitunter ganz plötzlich zu Hause sowohl, wie während des Gehens auf der Straße ein. Eine meiner Notizen über einen Anfall des fremdartigen Gefühls lautet folgendermaßen: Letzten Samstag wurde die Patientin während des Gehens in der Xstraße von einem Anfalle des Gefühls des Fremdartigen heimgesucht, der sich hauptsächlich auf ihre eigene Person bezog. Sie war im Zweifel darüber, ob sie noch dieselbe sei, kam sich, wenn sie sich betrachtete, ganz verändert, fremd vor, und dieses Gefühl war von einer gewissen Angst begleitet; es schien ihr dabei, als sollte sie vor sich selbst davonlaufen. Der Denkprozeß ging während dieses Zustandes angeblich ganz ungestört vor sich. Sie war über ihre Umgebung völlig orientiert, erkannte jeden Gegenstand, jedoch erschien ihr alles nicht so deutlich wie gewöhnlich, sondern wie von einem Schleier bedeckt. Als die Patientin zu Hause anlangte, trat ein Weinanfall ein, womit der ganze Zwischenfall endigte. Andere Male war ihr in den betreffenden Anfällen, nach ihren Berichten, als sei sie ganz verändert, sich selbst ganz fremd. Sie mußte sich besinnen, wer und wo sie sei, und es währte oft eine gewisse Zeit bis sie sich selbst wiedererkannte. Dabei war sie über ihre Umgebung stets völlig orientiert. sie wußte auch stets, daß sie in einem krankhaften Zustande sich befinde.

Bezüglich des Traumartigen schwanken ihre Angaben. Mitunter stellt sich, wie in dem Berichte der Patientin schon erwähnt ist, bei ihr ganz plötzlich. z. B. während des Gehens auf der Straße ein Gefühl ein, als ob sie nicht mehr völlig wach und ihrer selbst bewußt sei, sondern in einem Traumzustande sich befinde, wie hypnotisiert oder somnambul sei. Das Bewußtsein ihrer augenblicklichen Situation kommt ihr dabei nicht abhanden. Wenn das Gefühl, in einem traumartigen Zustand sich zu befinden, sehr ausgesprochen ist, ist dasselbe gewöhnlich mit mehr oder weniger erheblicher Angst verknüpft. Dabei muß sie Vergleiche zwischen ihrer gegenwärtigen und früheren Persönlichkeit anstellen, die darauf hinauslaufen, daß sie nicht wie früher, sondern verändert, sich fremd sei. Das Gefühl des Fremdartigen tritt in Verbindung mit dem traumartigen Zustande besonders dann auf, wenn die Patientin während des Anfalles allein ist.

Einzelne Angaben, welche die Patientin machte, weisen darauf hin, daß es sich bei den von der Patientin als „traumartig" bezeichneten Zuständen nicht immer um gleich intensive psychische Veränderungen handelte. Sie berichtete z. B., daß sie während einer Vorlesung, der sie am vorhergehenden Tage anwohnte, in den traumartigen Zustand geriet. De facto traten bei ihr plötzlich Zweifel darüber auf, ob sie in Wirklichkeit existiere und sich an dem betreffenden Orte befinde, ob ihre ganze Situation nicht bloß ein Traum sei. Mit dieser Vorstellung verknüpfte sich eine sehr heftige Angst. Auch andere Mitteilungen der Patientin wiesen daraufhin, daß es sich bei dem traumartigen Zustande wenigstens zum Teil um Anfälle handelte, in welchen sie im Zweifel war, ob sie in Wirklichkeit existiere und nicht eine bloße Scheinexistenz führe. Man darf wohl annehmen, daß in den betreffenden Anfällen das Gefühl des Traumartigen resp. der Irrealität ihrer Person und der übrigen Außenwelt wenig entwickelt war und dadurch die erwähnten Zweifel veranlaßt wurden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall VII.

Fräulein X., 22 Jahre alt, Fabrikantenstochter, ohne erweisliche erbliche Belastung, litt wiederholt an Ulcus ventriculi. Im vorigen Jahre Aufenthalt in Paris um dort Vorlesungen zu besuchen. Während dieses Aufenthaltes Erkrankung an Influenza, in deren Gefolge verschiedene nervöse und psychische Störungen, ohnmachtartige Schwächeanwandlungen, Kopfeingenommenheit, Angstanfälle, insbesonders aber Zustände auftraten, die sie als Dämmerzustände (nach ärztlicher Information) bezeichnet. In Wirklichkeit handelte es sich um Zustände, in welchen Gefühle des Fremdartigen und Traumartigen die Hauptrolle spielten. Diese Zustände kehren nun schon seit ungefähr einem Jahre immer wieder. Während des Sommers und Herbstes Befinden besser. In den letzten Wochen bedeutende Verschlechterung: erhebliche gemütliche Depression, Schlaf unruhig, Appetit gering.

Die täglich auftretenden Zustände des Fremdartigen und Traumartigen werden von Angst eingeleitet und begleitet. In denselben erscheint ihr alles so verändert, fremdartig auch sie selbst, daß sie es nicht fassen kann. Zum Teil ist dabei ein Gefühl vorhanden, als ob sie träume; über ihre Umgebung ist sie während des Zustandes immer völlig orientiert; sie weiß sich auch nachträglich aller Vorkommnisse während desselben zu erinnern.

Patientin blieb mehrere Monate in Beobachtung, während welcher Zeit ihr Befinden erheblich schwankte. Auch in den besseren Zeiten schwanden die Anwandlungen mit den Gefühlen des Fremdartigen und Traumartigen nicht völlig; sie waren nur schwächer ausgeprägt und die begleitenden Angstgefühle geringer. Ihre Angaben über die Details des Zustandes variierten. Nach denselben scheint bald das Gefühl des Fremdartigen, bald das des Traumartigen vorgeherrscht zu haben. Patientin unterzog sich nach der Entlassung einer Kur in einem Schwarzwaldsanatorium, wo anfänglich eine gewisse Besserung erzielt wurde; dieselbe hielt jedoch nicht Stand.

In ätiologischer Hinsicht ließ sich eruieren, daß Patientin (nach ihrer Angabe nur früher) Masturbation trieb. Ob sie sich von dem Mißbrauche ganz freigemacht hatte, muß dahingestellt bleiben. Auch gemütliche Erregungen infolge häuslicher Differenzen spielten bei ihr eine Rolle. Der Ausbruch des Leidens nach der Influenza ist zweifellos viel weniger auf diese als auf ein psychisches Trauma zurückzuführen, über welches ich nicht nähere Auskunft erlangen konnte, obwohl die Patientin mir über frühere Herzensangelegenheiten ohne viel Rückhalt berichtete[1]).

Fall VIII.

Herr X., 20 Jahre alt, als Schreiber beschäftigt, erblich nicht erheblich belastet (der Vater Neurastheniker, die Mutter etwas nervös), hat von Kinderkrankheiten Masern, Scharlach und Diphtherie durchgemacht. Im Alter von zehn Jahren während des Besuches der ersten Lateinklasse längere Zeit Schlafmangel; mit zwölf Jahren im Anschluß an Influenza doppelseitige Mittelohrentzündung. Im 14. Lebensjahre nervöse Herzstörungen, Anfälle von starkem Herzklopfen, zum Teil mit Aussetzen des Pulses. Am Gymnasium erwarb er

[1]) Die Ergebnisse, der in diesem Falle angestellten Assoziationsversuche werden an späterer Stelle Berücksichtigung finden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bis zum Alter von 14 Jahren stets sehr gute Zensuren. Von dieser Periode an (fünfte Klasse) verschlechterten sich seine Schulleistungen in ganz auffälliger Weise, so daß er die sechste Klasse repetieren mußte, obwohl er es an Fleiß nicht fehlen ließ. Da er weder für den kaufmännischen noch einen gewerblichen Beruf irgendeine Neigung bekundete, wurde ihm eine Schreiberstelle verschafft, in welcher er einen rein mechanischen Dienst zu versehen hatte, der ihm keine Schwierigkeiten bereitete. Daneben bekundete er keinerlei höheres Interesse. Er las keine Zeitung, auch von Büchern fast nichts. Auch für körperliche Betätigung irgendwelcher Art, abgesehen vom Spazierengehen, fehlt ihm jegliche Neigung. Eine Veränderung seines Charakters in pejus machte sich dagegen nicht bemerklich.

In sexueller Hinsicht ist zu erwähnen, daß Patient vom 13.—19. Lebensjahre Masturbation trieb, zum Teil in erheblichem Maße; kein sexueller Verkehr. Pollutionen in letzter Zeit etwa alle vier Wochen.

Der gegenwärtige Zustand des Patienten, der seine Eltern veranlaßte, meine Hilfe in Anspruch zu nehmen, besteht seit ungefähr zehn Wochen. Andeutungen dieses Zustandes waren schon vor fünfviertel Jahren vorübergehend vorhanden. Die Verschlimmerung des Befindens begann nach einem mehrstündigen Schlafe mit einem Anfalle furchtbarer Angst (Todesangst). Pat. hatte dabei das Gefühl, als ob ihm das Bewußtsein jeden Augenblick schwinden und es mit ihm zu Ende gehen könne. Am nächsten Morgen war es ihm beim Aufstehen, als ob irgend etwas in ihm fehle, tot, oder außer Funktion gesetzt sei. Sein Zustand war wie „traumhaft"; dabei bestand auch etwas Angst. Etwa 14 Tage nach dem ersten schweren Angstanfalle ein weiterer und zwar diesmal während des Aufenthaltes im Freien. In der Folge stellte sich der traumartige Zustand intensiver ein und öfters verknüpfte sich mit demselben ein Beklemmungsgefühl, eine Art Alpdruck. Daneben machte sich zeitweilig eine Unsicherheit in den Beinen bemerklich, mitunter auch ein Gefühl, als bedürfe es nur eines kleinen Ruckes, um seinem Bewußtsein oder seiner Existenz ein Ende zu machen. Während des traumhaften Zustandes ist es dem Patienten, als ob ihm alles undeutlich zu Bewußtsein komme, etwa wie im Halbschlafe, während er doch die Außenwelt deutlich wahrnimmt. Mitunter ist ihm auch dabei, als ob er nur halb oder provisorisch existiere oder als ob das, was er sieht, nur eine Vision sei, die jeden Augenblick schwinden könne. Bezüglich seiner geistigen Fähigkeiten erwähnt Patient selbst, daß sein Auffassungsvermögen und sein Gedächtnis sehr schlecht seien. Wenn er einen längeren Satz liest, muß er denselben wiederholt durchlesen, um ihn zu verstehen. Bei der Lektüre einer Zeitung versteht er den größten Teil des Gelesenen nicht. Wenn er das Gelesene wiedergeben soll, kann er dasselbe nicht nach dem Sinne reproduzieren, sondern nur mechanisch auswendig lernen. Patient klagt außerdem über mancherlei absonderliche Gefühle, die zum Teil mit Angstzuständen in Verbindung stehen, zum Teil unabhängig von solchen auftreten, so z. B. ein Gefühl als ob sein Gehirn ein Gefängnis und der Zugang zu demselben verschlossen sei.

Patient ist ein etwas blaß aussehendes Individuum, dessen körperliche Entwicklung nicht ganz seinem Alter entspricht. Die nach verschiedenen Methoden vorgenommene Intelligenzprüfung ergab ein Resultat, das zum Teil hinter den an sich schon bescheidenen Erwartungen noch zurückblieb. Seine Leistungen im Aufsatze entsprechen nicht den Anforderungen, die man an einen 14jährigen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mittelschüler zu stellen berechtigt ist und von den Kenntnissen, die er am Gymnasium in Geschichte und Geographie sich erworben haben muß, hat er selbst das Wichtigste vergessen. Der Gesamteindruck, den man erhält, ist der, daß seine geistige Entwicklung mit dem 14. Lebensjahre einen Stillstand erfahren hat, und der bis dahin erworbene geistige Besitz nicht erhalten blieb, sondern zum erheblichen Teile verloren ging.

Unter der eingeleiteten Behandlung schwanden die Angstzustände allmählich. Auch bezüglich der traumartigen Zustände kam es zu einer Besserung, doch verloren sich dieselben während der ganzen Beobachtungszeit nicht völlig. So berichtet der Patient etwa $2^1/_2$ Monate nach der Aufnahme, daß er noch immer das Gefühl habe, daß er nicht ganz bei sich und das, was er sieht, nicht reell sei; als ob er das Gesehene eigentlich nicht sähe, als sei es nur eine Vision, die jeden Moment schwinden könne. Dabei ist ihm, als ob sein Auge das Gesehene nicht völlig erfasse, und wenn er einen Gegenstand betastet, als wenn er denselben nicht wirklich fühle. Das Bewußtsein, daß das Wahrgenommene wirklich vorhanden ist und es sich bei ihm um einen krankhaften psychischen Zustand handelt, mangelt ihm durchaus nicht. Patient erwähnte ferner, daß, wenn er sich an Vorgänge aus den letzten Monaten, d. h. seit dem Auftreten der traumartigen Zustände erinnert, es ihm erscheint, als habe er das Betreffende nicht wirklich erlebt, als sei seine Erinnerung ein bloßer Gedanke, ein Phantasiegebilde. Dabei weiß er jedoch sehr wohl, daß es sich um reelle Erlebnisse handelt. Etwa sechs Wochen später berichtet Patient, es sei ihm noch immer, als wenn er nur in einem Traume lebe, als ob das, was er sieht, hört und fühlt von ihm nicht wirklich wahrgenommen werde, sondern nur eine Art Vision sei. Wenn er z. B. die Holzplatte des vor ihm befindlichen Tisches betastet, ist ihm, als wenn er deren Widerstand nicht wirklich fühle, sondern sich nur denke. Während er vor mir sitzt und mit mir spricht, ist ihm alles wie ein Traum. Auch die schon erwähnte Gedächtnisstörung macht sich noch immer geltend. Wenn er sich an Ereignisse aus der jüngsten Zeit erinnert, so tauchen zwar die betreffenden Vorstellungen bei ihm auf, jedoch nur abgeblaßt und es ist ihm dabei, als ob es sich nur um Gedachtes, nicht um tatsächliche Erlebnisse handle. Mitunter ist ihm auch, als ob alles, was er spricht, nur mechanisch geredet sei und das Gehirn oder Bewußtsein daran keinen Anteil habe, das Gehirn sich wie tot dabei verhalte.

Der geschilderte Zustand verhinderte den Patienten nicht, seinen Dienst als Schreiber, den er seit einiger Zeit wieder aufgenommen hat, zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten zu versehen[1]).

Fall IX.

L. R., 18 Jahre alt, Ökonomenssohn, ist väterlicherseits belastet (der Vater ein nervöser Mann von etwas exzentrischem Charakter) und litt, abgesehen von Kinderkrankheiten mehrfach an Pneumonie. Der gegenwärtige Zustand entwickelte sich allmählich seit fünfviertel Jahren. In den letzten drei Monaten trat eine solche Verschlimmerung ein, daß Patient schließlich fast ganz arbeits-

[1]) Patient übergab mir eine selbstverfaßte Krankheitsgeschichte, in der eine Reihe interessanter psychopathischer Raritäten mitgeteilt ist, auf die hier aus räumlichen Gründen nicht eingegangen werden kann.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unfähig wurde. Der Patient verbrachte den ganzen Vormittag mit dem Ankleiden, ohne damit fertig zu werden. Alle Ermahnungen der Angehörigen erwiesen sich als fruchtlos. Das Hinderliche beim Ankleiden waren in erster Linie Zweifel darüber, ob die einzelnen Kleidungsstücke richtig angelegt seien. Daneben spielten aber auch Grübeleien eine nicht unwesentliche Rolle, sofern Patient über denselben vergaß, womit er eben beschäftigt war. Bei der Arbeit stellten sich Zweifel darüber ein, ob das, womit er eben beschäftigt war, richtig geschähe oder überhaupt die Arbeit sei, die er zu verrichten habe. So kamen ihm im Stall Zweifel, ob er die Ochsen wirklich angebunden, das Licht wirklich ausgelöscht habe oder nicht, und die Zweifel konnten auch durch den Augenschein nicht beseitigt werden. Die Grübeleien bezogen sich sowohl auf die Dinge, mit denen er momentan beschäftigt war, als auch auf frühere Vorkommnisse. Patient ist ein mittelgroßes, kräftig gebautes Individuum von gutem Aussehen und etwas stupidem Gesichtsausdruck. Onanie negiert; auch keine Exzesse in alcoholicis. Der Vater gibt als Ursache der Erkrankung an, daß der junge Mensch, um einen Verdienst zu erzielen, sich im verflossenen Jahr mehrere Monate einer sehr schweren, seine Kräfte übersteigenden Arbeit unterzogen hatte.

Die Exploration ergab, daß bei dem Patienten neben den Zwangserscheinungen auch traumartige Zustände vorhanden waren. Wenn der junge Mensch mit seinem Vater das Haus verließ, um z. B. sich nach der Bahnstation zu begeben, frug er immer wieder, ob er wirklich das Haus verlassen habe. In der Kirche frug er immer wieder, ob er wirklich dort sei, ebenso während des Aufenthaltes im Wartezimmer bei mir usw. Als Grund dieser wiederholten Fragen gibt Patient an, daß er im Zweifel darüber sei, ob der Ort, an dem er sich momentan befindet, auch wirklich existiere, ob das, was ihn z. B. auf der Straße umgibt, nicht eine Täuschung, ein Schein sei und er bloß träume. Wenn er eine Arbeit beginnen soll, frägt er ebenfalls oft fünf-, sechsmal, ob er wirklich an dem betreffenden Orte, z. B. im Stalle sei und ob die Arbeit, die er zu erledigen hat, auch wirklich vorhanden und von ihm auch wirklich zu verrichten sei. Es ist ihm dabei oft, als ob alles um ihn her und alles, was er tut, nur ein Traum, ein Schein sei. Dieser Zustand stellt sich besonders dann ein, wenn er seinen Aufenthalt verändert oder eine Arbeit verrichten soll.

Patient war einige Monate in Beobachtung, während welcher unter hypnotischer Behandlung eine wesentliche Besserung eintrat, so daß er wieder arbeitsfähig wurde. Die Besserung hat sich, nach späteren Berichten, erhalten.

Fall X.

Über die folgende Beobachtung kann aus hier nicht zu erörternden Gründen nur sehr kurz berichtet werden: Es handelt sich um einen Fall von Hystero-Melancholie (d. h. Melancholie auf hysterischer Basis) bei einer unverheirateten Dame, Anfang der 30er Jahre, in welchem die Depression in Zusammenhang mit zwei peinlichen Zwangsvorstellungen stand. Auch in diesem Falle traten von Beginn des Leidens an längere Zeit hindurch traumartige Zustände auf. Es war der Patientin in diesen Anwandlungen, als sei die ganze sie umgebende Welt nicht reell, nicht tatsächlich vorhanden, sondern nur ein Schein oder es sei alles nur ein Traum, aus dem sie erwachen müsse. Dieser Zustand stellte sich insbesondere während der Unterhaltung mit fremden Personen ein und hielt oft

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stunden, selbst halbe Tage an. Mit der Besserung des Leidens verloren sich die traumartigen Zustände. Bemerkenswert ist, daß in diesem Falle neben dem Traumartigen auch ausgesprochene hysterische Dämmerzustände von kurzer Dauer auftraten, welche die Verschiedenheit der beiden Zustände deutlich zeigten. Es kam z. B. vor, daß die Patientin nach einer Aufregung beim Besuche einer befreundeten Familie das betreffende Haus verließ, mit der Absicht, sich nach Hause zu begeben. Sie kam aber erst einige Stunden später nach Hause und wußte absolut keine Auskunft darüber zu geben, was sie in der Zwischenzeit getan, welche Wege sie gemacht usw. Hier bestand offenbar für die Anfallszeit vollständige Amnesie, was bei den traumartigen Zuständen nie der Fall war.

Bei der Patientin erwies sich eine nur partiell durchgeführte psychoanalytische Behandlung von ausgesprochenem Nutzen. Die Depression verlor sich im Verlaufe einiger Monate. Die Zwangsvorstellungen erhielten sich länger, sind jedoch gegenwärtig seit fast drei Jahren vollständig beseitigt.

Fall XI.

Fräulein X.[1]), 46 Jahre alt, ohne erweisliche erbliche Belastung (der Vater an Wirbelkaries, 68 Jahre alt, die Mutter an Karz. uter. gestorben, fünf Geschwister nicht nervenleidend). Hatte als Kind Masern und Keuchhusten, Lungenspitzenkatarrh mit 16 Jahren. Zu Anfang der 20er Jahre viele Aufregungen wegen familiärer und finanzieller Angelegenheiten. Mit 23 Jahren eine Magenaffektion, angeblich Magenkatarrh, wahrscheinlich nervöse Dyspepsie, daneben viel Sorgen und Anstrengungen bei der Pflege eines schwerkranken Schwagers.

Wegen Fluor Gebrauch von Solbädern in Reichenhall, welche sie sehr nervös machten. Nach der Rückkehr von R. hatte sie eines Tages das Gefühl eines Schlages an der linken Kopfseite. In der Folge trat bei ihr ein Zustand auf, bei dem sie ein Gefühl hatte, als ob sie sich in einem Traume oder in dem ersten Stadium eines Rausches befinde und alles um sie herum ihr verändert erschien, obwohl sie die Objekte richtig wahrnahm und erkannte. Diese traumartigen Zustände haben sich bis zur Gegenwart, also in einem Zeitraum von 23 Jahren nicht mehr völlig verloren.

Neben den erwähnten Anwandlungen stellten sich nach dem Schlaggefühle noch verschiedene andere nervöse und psychische Störungen ein: Spannungsgefühl im Hinterkopf und Rücken, inhaltlose Angstzustände und Topophobien (sie getraute sich nicht mehr allein auszugehen), Steigerung der Magenbeschwerden usw. Die Angstzustände und die Magenbeschwerden verloren sich in der Folge, während die traumartigen Zustände blieben. Ich übergehe die weiteren Details der Krankengeschichte, um lediglich die Gegenwart zu berücksichtigen.

Zu Anfang des Jahres verschlechterte sich das Befinden der Patientin infolge von Influenza und gemütlichen Erregungen. Es stellten sich wieder Angstzustände, insbesondere auf der Straße, nosophobische Zwangsideen, Angst vor Schlaganfall, Parästhesien in den Extremitäten usw. ein. Dr. Muthmann konstatierte während eines Aufenthalts der Patientin in Nassau a. L. rechtsseitige Hypästhesie. In den letzten sechs Wochen, insbesondere während eines Aufenthalts in Aussee bedeutende Besserung. Die traumartigen Zustände treten

[1]) Für die Überweisung dieses Falles bin ich Herrn Kollegen Dr. Mohr in Koblenz zu Dank verpflichtet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

noch immer auf, selbst während sie mit mir spricht, besteht ein solcher. Sie vergleicht auf Grund ihrer Erfahrung, wie schon erwähnt, denselben mit dem ersten Stadium eines Rausches. Es ist ihr, als ob alles was sie wahrnimmt, umnebelt und undeutlich wäre, obgleich sie wie gewöhnlich hört und sieht. Auf Befragen erklärt sie ferner, daß ihr das Gefühl der Realität der Außenwelt in diesem Zustande fehlt, daß es ihr ist, als wäre alles um sie herum nur ein Schein, nicht wirklich. Der Mangel des Realitätsgefühls bezieht sich auch auf ihre eigene Person. Schon beim ersten Auftreten der traumartigen Zustände kam es vor, daß sie zeitweilig das Bewußtsein ihrer reellen Existenz verlor; sie mußte sich kneipen, um sich von der Realität ihrer Person zu überzeugen. An derartigen Vorkommnissen mangelte es auch später nicht. Oft kommt es ihr vor, als ob sie alles nicht als bewußte Persönlichkeit, sondern nur wie eine Maschine tue; sie muß sich auch mitunter wundern, daß sie vernünftig spricht.

Schlaf und Appetit wechselnd. Die Merkfähigkeit bedeutend herabgesetzt; die körperliche Leistungsfähigkeit dagegen befriedigend.

Menses noch regelmäßig.

Fall XII.

Der letzte hier mitzuteilende Fall, in welchem traumartige Zustände den Gegenstand besonderer Klage bildeten, betraf eine Patientin im Alter von 34 Jahren, welche an einem Gehirntumor (Gliosarkom) litt und an diesem auch zugrunde ging, nachdem eine von Herrn Dr. Krecke auf meine Veranlassung vorgenommene Operation die Unzugänglichkeit des Tumors ergeben hatte. Obwohl bei der Patientin, als ich sie auf Veranlassung ihres Hausarztes Herrn Dr. Löwenthal zum ersten Male sah, bereits schwerwiegende Gehirnsymptome vorlagen (epileptische Anfälle seit einer Anzahl von Jahren, hemiplegische Erscheinungen seit Wochen), spielten unter den Klagen der Patientin Traumzustände, die bei ihr seit fünf oder sechs Jahren bereits bestanden und ihr äußerst peinlich waren, eine fast größere Rolle als die Tumorsymptome. Nach Angabe der Patientin traten die Traumzustände zum ersten Male nach starken gemütlichen Erregungen auf. In der Folge stellten sie sich vorwiegend im Zusammenhang mit Angstzuständen ein, die sich zumeist mit der Befürchtung eines epileptischen Anfalls verknüpften. Die Patientin war hochgradig schwerhörig und deshalb die Verständigung mit ihr sehr erschwert. Soviel ich unter diesen Umständen ermitteln konnte, handelte es sich in den traumartigen Zuständen, die bei ihr Stunden und halbe Tage anhielten, um ein Gefühl, als sei die Welt, die sie umgab, nicht wirklich vorhanden, nicht reell, sondern nur Schein, und sie selbst ebenfalls nicht wirklich vorhanden. Dieser Zustand war ihr so unangenehm, daß sie um jeden Preis davon befreit sein wollte.

(Schluß folgt.)

Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

II. Vereinsbericht.

33. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 22. und 23. Mai 1909.

Bericht von Privatdozent **Dr. Oswald Bumke,** Freiburg i. Br.

Es wurden die folgenden Vorträge gehalten:

W. Erb (Heidelberg) weist auf die anscheinend zunehmende Häufigkeit der „Herzneurosen" in unsern Tagen hin, streift die wichtigen Ergebnisse der physiologischen Untersuchungen über die Herzinnervation nur kurz, erwähnt die notwendige Einteilung der Herzneurosen in sensible und motorische, die sich häufig untereinander kombinieren. Die klinische Forschung habe die Abgrenzung der einzelnen Formenbilder etwas in den Hintergrund gestellt, sich vorwiegend mit der Übertragung der von den Physiologen gefundenen Tatsachen auf die Pathologie beschäftigt; die einzelnen Formen wurden vorwiegend auf ätiologische Momente begründet (Neurasthenie, Hysterie, Intoxikationen, Traumen, psychischer Schok, Reflexe von anderen Organen usw.), nur wenige scharf umgrenzte klinische Krankheitsbilder kamen heraus (wie die paroxysmale Tachykardie, die paroxysmale Tachyarhythmie, die Bradykardie, vielleicht auch das Kropfherz usw.).

Max Herz hat neuerdings eine neue, scharf abzugrenzende klinische Krankheitsform beschrieben und sie „Phrenokardie, eine psychogene, sexuelle Herzneurose" genannt.

E. zeichnet nach Herz mit kurzen Strichen dieses Krankheitsbild, das drei Kardinalsymptome (Herzschmerz, Atemstörungen und Herzklopfen) — bei objektiv eigentlich ganz normalem Herzbefund und Blutdruck —, weiterhin allerlei Nebensymptome (neurasthenische und hysterische Erscheinungen, Abhängigkeit vom Wetter und der Tageszeit, Störung des Schlafs usw.) darbietet, und endlich in den in wechselnder Häufigkeit und Intensität auftretenden „phrenokardischen Anfällen" kulminiert (alarmierende Symptome, große allgemeine und motorische Erregtheit, lebhafte Herzschmerzen, Atemnot und Atemstillstände, Tachykardie und Arhythmie, tiefes Seufzen, nervöser Schüttelfrost, Urina spastica usw.). Ihre Dauer schwankt zwischen einer halben und mehreren Stunden; allnächtliches oder selteneres Auftreten; ihre Diagnose sehr leicht; offenbar viel Hysterisches dabei.

Das Ganze kommt weit häufiger bei Weibern als bei Männern vor und entspringt nach Herz angeblich fast immer einer abnormen und gesteigerten Erotik; vielfach entwickeln sich auf Grund nervöser Disposition und den verschiedensten sexuellen Schädlichkeiten (Präventivverkehr, sexuelles Unbefriedigtsein in der Ehe, unbefriedigte sexuelle Erregung, perverse, homosexuelle Neigungen, psychosexueller Schok, Enttäuschung in der Liebe, frühe Witwenschaft usw.) eine eigenartige Alteration des Gemüts, die H. als „Sehnsucht nach Liebe" bezeichnet. Pathogenese natürlich noch unklar.

Das hier skizzierte Krankheitsbild bedarf der klinischen Nachprüfung. E. hat in seinen Krankenjournalen in den letzten 5 Jahren nicht weniger als

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

450 Fälle mit der Haupt- oder Nebendiagnose „Herzneurose“ gefunden. Darunter 25, die er zur Phrenokardie rechnen kann (19 Weiber, 6 Männer).

Er führt als Beispiele drei recht typische Fälle bei 30 bis 40jährigen Frauen an, von denen zwei eine zweifellose sexuelle Ätiologie darboten, während bei der dritten die „Sehnsucht nach Liebe“ nur vermutet werden konnte.

Aus seinen 25 Beobachtungen, von welchen 15 recht typisch, die übrigen 10 mehr oder weniger unsicher kombiniert waren, glaubt E. vorläufig schließen zu dürfen, daß das Herzsche Symptomenbild in der Tat vorkommt, häufig rein und klar, nicht selten gemischt mit anderen Neurosen. Der physikalische Herzbefund ist dabei durchweg normal; in zirka der Hälfte der Fälle besteht Tachykardie mäßigen Grades. Häufig Druck- und Klopfempfindlichkeit der Herzgegend.

Über die merkwürdige sexuelle Ätiologie sind die Beobachtungen nicht ganz vollständig; in 9 Fällen wurde sie nicht erfragt; in 10 Fällen war sie zweifellos vorhanden, in 6 Fällen waren wenigstens sexuelle Vorgänge nachweisbar, wenn auch nicht gerade die „Sehnsucht nach Liebe“. Alles dies bedarf genauerer weiterer Prüfung; ebenso wie die Aufklärung der feineren Pathogenese.

Jedenfalls erscheint die Existenzberechtigung der Herzschen Phrenokardie, vorbehaltlich weiterer Beobachtungen gesichert. (Ausführliche Mitteilung erfolgt demnächst in der Münchn. med. Wochenschr.) (Autoreferat.)

Fürer (Rockenau bei Eberbach): Morphinismus.

Eine erschöpfende Darstellung ist in kurzer Zeit nicht möglich. Auf Grund zwölfjähriger Erfahrung in der Beobachtung und Behandlung Morphiumkranker hat Vortragender sich eine von der üblichen abweichende Anschauung von dem Wesen der sogenannten Abstinenzerscheinungen und den Vorbedingungen für die Entwicklung des Morphinismus gebildet. Für die Entwicklung der chronischen Intoxikation ist nach seiner Erfahrung, abgesehen von der Gelegenheitsursache, das Bestehen eines, wenn auch nur leichten nervösen Erschöpfungszustandes Vorbedingung. Die Morphiumwirkung macht sich nun in der Weise geltend, daß sie die Symptome der nervösen Erschöpfung verstärkt. Sie treten bei dem Versuche, den Morphiumgebrauch zu unterlassen, in quälender, die Widerstandsfähigkeit des Individuums übersteigender Weise in die Erscheinung und zwingen so zur Fortsetzung der Morphiumzufuhr. Der Morphinismus ist infolgedessen praktisch nicht als eine Krankheit zu betrachten, sondern lediglich als ein Krankheitssymptom. Die Entziehung ist nur die Vorbereitung für die Behandlung der nervösen Erschöpfung, welche unter Heranziehung aller in Frage kommender Hilfsmittel eine streng individuelle, speziell psychische zu sein hat. Ihr Endzweck muß sein, das Individuum über die ihm aus seiner persönlichen Veranlagung erwachsenden Schwierigkeiten zu orientieren, es mit seiner persönlichen, d. h. relativen Gesundheit auszusöhnen und auf die Art gegen zu erwartende Beschwerden widerstandsfähig zu machen. Ferner muß man es nach Möglichkeit instand setzen, durch seine Lebensweise das Auftreten einer stärkeren nervösen Erschöpfung zu vermeiden. Unter Außerachtlassung der Frage, ob, resp. welche der bei plötzlicher Entziehung auftretenden Symptome man als Abstinenzerscheinungen anzusehen habe, vertritt Vortragender die Anschauung, daß die bei der allein richtigen, langsamen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Individuum angepaßten Entziehung auftretenden, resp. nach Beendigung der Entziehung sich einstellenden Störungen, lediglich als ein Manifestwerden der nervösen Erschöpfung zu betrachten sind. Unter Verwerfung der üblichen Begriffsbestimmung: „Abstinenzerscheinungen sind die im Verlaufe einer Entziehung, ohne anderweitige Atiologie, auftretenden nervösen Störungen, die durch Morphiumzufuhr sofort verschwinden," stellt er, da wir über das Wesen der chronischen Morphiumwirkung so gut wie nichts wissen und damit auch eine wissenschaftliche Erklärung der Abstinenzerscheinung nicht geben können, den Satz auf: „Als Abstinenzerscheinungen sind diejenigen Symptome nicht zu betrachten, die im Verlaufe einer Morphiumentziehung auftreten, sobald wir sie auch bei anderen, rein nervösen Umständen als funktionelle Störungen beobachten. Das Verschwinden dieser Symptome durch Morphiumzufuhr kann kein Kriterium ihres Wesens sein, da auch die einfachen funktionellen nervösen Störungen durch Morphium beseitigt werden."

Diskussion:

Laquer fragt den Vortragenden, ob er wirklich seine eben ausgeführte Ansicht auf alle Morphinisten anwenden wolle.

Fürer will das nicht unbedingt bejahen, hält aber im großen und ganzen an seiner Anschauung und an ihrer Allgemeingültigkeit fest.

Bayerthal (Worms): Kopfgröße und Intelligenz im schulpflichtigen Alter.

Seit 4 Jahren beschäftigt sich Vortragender, angeregt durch die bekannte Arbeit von Möbius, mit der Ermittelung der Beziehungen zwischen Kopfgröße und Intelligenz bei schulpflichtigen Kindern. Vortragender glaubt nunmehr eine hinreichend große Zahl von Kopfumfangmessungen (nach Gall-Möbius) und Intelligenzprüfungen vorgenommen zu haben, um mit der Sicherheit, mit der man überhaupt an der Hand einer rein induktiven Methode zu neuen Erkenntnissen gelangt, sagen zu können, daß sehr gut geistige Fähigkeiten niemals bei annähernd normal gebauten Köpfen mit Horizontalumfängen unter 48 cm (Knaben) und unter 47 cm (Mädchen) bei siebenjährigen, unter $50^1/_2$ cm bzw. $49^1/_2$ cm bei vierzehnjährigen Schulkindern vorkommen. Die Bedeutung dieses Satzes erblickt Vortragender darin, daß nunmehr eine Grenze des Kopfumfanges gefunden ist, unterhalb welcher man mit Sicherheit ein bestimmtes Maß psychischen Lebens, d. h. die höheren und höchsten Grade intellektueller Leistungsfähigkeit ausschließen kann. Vortr. beansprucht für diesen Satz ausnahmslose Gültigkeit mit Rücksicht auf das große Schülermaterial, an dem er gewonnen wurde (rund 10000 Köpfe), und den Umstand, daß nach seinen Untersuchungen manche der üblichen Methoden der Intelligenzprüfung, welche uns den Erwachsenen als vollsinnig erkennen lassen, geeignet sind, die besten jugendlichen Denker ausfindig zu machen. Die Hauptstütze finden aber die ermittelten Beziehungen zwischen Kopfgröße und Intelligenz im schulpflichtigen Alter darin, daß sie gut im Einklang stehen mit dem in der Literatur niedergelegten Tatsachenmaterial. Denn soweit Vortr. das letztere zu übersehen vermag, sind hervorragende geistige Fähigkeiten bei Erwachsenen mit einem Kopfumfang unter 52 cm (was einem Schädelbinnenraum unter 1200 ccm oder einem Hirngewicht unter 1200 g wahrscheinlich entspricht) noch nicht zur Beobachtung gekommen. Mit der Frage nach dem Kopf-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

umfangsminimum intelligenter Weiber hat sich die Literatur bisher noch nicht beschäftigt. Vortr. bezweifelt vorläufig die Richtigkeit der Angabe von Möbius, wonach es noch gescheite Frauen von 50 cm Kopfumfang gäbe. Möbius selbst hat keinen derartigen weiblichen Kopf gesehen. Vortr. ist im Hinblick darauf, daß der Kopfumfang vom vierzehnten Lebensjahre bis zur Beendigung des Schädelwachstums beim Weibe um $1\frac{1}{2}$ cm durchschnittlich zunimmt, geneigt, hier 51 cm nach unten hin als Grenze zu betrachten. Unter 30 Volksschullehrerinnen hat er nur einmal als niedrigstes Maß 52 cm gefunden. Die Behauptung von Möbius, bei Männern mit 53 cm und weniger könne man mit ziemlicher Sicherheit auf pathologische Verhältnisse rechnen, läßt sich nicht aufrechterhalten. Man kann bei diesem Umfang nur sehr gute intellektuelle Begabung, nicht eine noch in die Gesundheitsbreite fallende normale Intelligenz mit Wahrscheinlichkeit ausschließen. Vortr. zeigt sodann an einzelnen Beispielen, inwieweit die von ihm ermittelten Beziehungen zwischen Kopfgröße und Intelligenz im schulpflichtigen Alter zu diagnostischen und prognostischen Schlüssen berechtigen. So hat er am Schlusse des verflossenen Schuljahres bei allen siebenjährigen Schulkindern mit einem Horizontalumfang des Kopfes unter 50 bzw. 49 cm (bei 101 Knaben und 96 Mädchen) sehr gute intellektuelle Veranlagung ausgeschlossen und sich nur in einem Falle und zwar bei einem Mädchen mit $48\frac{1}{4}$ cm zuungunsten des Kindes geirrt (0,5 Proz. Fehldiagnosen). Auf Grund seiner Untersuchungen glaubt Vortr. sich (im Gegensatz zur Meinung der Unterrichtskommission der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte) dahin aussprechen zu dürfen, daß schon in den unteren Klassen der Schularzt mittels Kopfmessung und Intelligenzprüfung zur Auslese der weniger tüchtigen Gehirne beizutragen imstande sei, eine Aufgabe, der gegenüber bisher die Pädagogik versagt hat. Um diejenigen Bestandteile des Gehirns studieren zu können, deren Zunahme der Zunahme der intellektuellen Fähigkeit entspricht, wird der Hirnanatomie mehr wie bisher geeignetes Vergleichungsmaterial zur Verfügung stehen müssen. Ein Aufruf unserer gehirnanatomischen Laboratorien und neurologischen Instituten, der das Interesse der Schulärzte auf dieses Gebiet lenkte, würde voraussichtlich einen Mangel an dem zur Lösung dieser Fragen erforderlichen Hirnmaterial nicht eintreten lassen.

Spielmeyer (Freiburg i. Br.): Spastische Lähmungen bei intakter Pyramidenbahn (intrakortikale Hemiplegie und Diplegie).

Vortragender referiert zunächst über eine von ihm früher mitgeteilte Beobachtung einer typischen zerebralen Hemiplegie von residuärem Typus, deren anatomische Ursache jenseits des Pyramidenneurons gelegen war. Die Pyramidenbahn war in diesem Falle intakt, ebenso die Riesenpyramiden der motorischen Zone; dagegen war die Rinde der der Hemiplegie entsprechenden Hemisphäre, zumal in ihren oberen Schichten, schwer erkrankt. Auf diese kortikalen Veränderungen mußte die spastische Hemiplegie ursächlich bezogen werden. Zur Unterscheidung von der gewöhnlichen kortikalen Hemiplegie, wo die Pyramidenbahn an ihrem Beginne zerstört ist, kann man die Hemiplegie hier eine „intrakortikale“ nennen.

Die Vermutung, daß es auch sonst bei verschiedenen chronischen Rindenerkrankungen zu spastischen residuären oder progressiven Lähmungen vom

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Typus der Hemiplegie oder Paraplegie kommen kann, findet ihre Bestätigung in einem weiteren Falle, wo sich eine durch drei Jahre hin fortschreitende spastische Paraplegie entwickelt hatte. Die progressive Parese, vornehmlich der unteren Extremitäten, verband sich mit Fußklonus, Reflexsteigerung, Spasmen, Babinskischem Zehenphänomen und Kontrakturen. Anatomisch fanden sich die langen Leitungswege, speziell die Pyramidenbahn, intakt. Die Rinde beider Hemisphären war schwer erkrankt, der Prozeß über die Rindenschichten in ähnlicher Weise verbreitet, wie im ersten Fall, nur hatte er nicht zu so hochgradigen Ausfällen geführt. Also auch hier eine „intrakortikale" Lähmung.

Es kann also eine durch verschiedenartige Rindenerkrankungen gesetzte Läsion in den der Pyramidenbahn übergeordneten Neuronen zu einer gleichgearteten motorischen Störung führen, wie sie sonst die Läsion der Pyramidenbahn bewirkt. (Autoreferat.)

A. Homburger (Heidelberg): Lebensschicksale geisteskranker Strafgefangener.

Der von Wilmanns in seinem Referat über die Gefängnispsychosen (November 1907) gegebenen Anregung folgend, hat H., mit Unterstützung der staatlichen und kommunalen Behörden, die von Kirn im 45. Bande der Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1889 mitgeteilten 129 Fälle von Geistesstörungen in der Gefangenschaft katamnestisch weiter verfolgt und von etwa 100 derselben zum großen Teil vollständige Lebensläufe erhalten; dieselben werden in zusammenhängender Darstellung später ausführlich mitgeteilt werden. Aus diesem Material griff der Vortragende unter Verzicht auf eine Besprechung der auf Paralyse, Alkoholismus, Epilepsie, Idiotie und Senium entfallenden Quote die 85 diagnostisch gesichertsten Fälle heraus, um einige allgemeine Fragen an ihnen zu erläutern. Von diesen gehören nach ihrem Ausgang etwa 45 % zur Gruppe der Dementia praecox, während Kirn unter den gleichen Fällen nur bei 25 % mit dem Eintritt „sekundärer Demenz" rechnete. Die verschiedensten Verlaufsformen sind vertreten, akute, schubweise, schleichende und Spätkatatonien; sie kamen z. T. früh in Anstalten, z. T. erst nach mehrfachen Delikten und längerem Landstreicherleben; nur wenige sind mit Defekt geheilt. Der Lebensgang dieser Kranken ist also im wesentlichen durch die Psychose bestimmt. — Bei den anderen 50 Fällen handelt es sich um degenerative Haftpsychosen, um pathologische Reaktionen abnormer Persönlichkeiten auf die Einflüsse des Strafvollzugs; soweit sie nicht während der Strafzeit selbst abliefen, heilten sie nach der Entlassung in der Freiheit. Die Psychose ist im Lebenslauf dieser Leute lediglich eine für dessen fernere Gestaltung belanglose Episode. Ein Drittel der Bestraften, fast ausschließlich erstbestrafte Gelegenheits- und Notverbrecher sind wieder sozial geworden und geblieben; unter den Rückfälligen erkrankten nur 10 mehrfach, zumeist schwer entartete Trinkersöhne und explosive Epileptoide. Die übrigen blieben trotz längerer und härterer Strafen bei späteren Internierungen gesund.

Man darf also nicht soweit gehen wie Siefert, der in der degenerativen Haftpsychose ein Zeichen schwerster und geradezu antisozialer Entartung im Sinne des geborenen Verbrechers sehen möchte. Sie ist vielmehr ein Ausdruck pathologischer Veranlagung, jedoch ohne für die soziale und kriminelle Prognose ihres Trägers einen Anhaltspunkt zu geben. — Auch über Milieu und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Charaktereigenschaften, Belastung und Deszendenz ergab sich ein reichhaltiges Material.

Der Vortr. erwähnt dann die Hauptrichtungen der Lebensläufe dieser zweiten Gruppe, neben den Seßhaftgewordenen, die Gewohnheitsverbrecher, die gemeingefährlichen, z. T. in Irrenanstalten verwahrten Sittlichkeits- und Affektverbrecher, die Vagabunden und Bettler. Schließlich werden die diagnostischen Gesichtspunkte Kirn's, dessen vielgegliedertes System von Zustandsbildern den heutigen Antithesen Verblödungsprozeß — degenerative Geistesstörung gegenübergestellt, die für die Lehre von den Gefängnispsychosen in vieler Hinsicht klärend gewirkt hat.

F. Apelt: Puls- und Blutdruckmessungen bei einigen internen und nervösen Leiden.

Der große Umfang, den die bisher über Blut- und Pulsdruckmessungen erschienene Literatur angenommen hat, macht es dem Vortr. unmöglich, näher auf dieselbe einzugehen. Er möchte nur auf zwei besonders wichtige Arbeiten aufmerksam machen: die Anfang 08 in der mediz. Klinik erschienene kritische Studie von O. Müller, in der auf die Fehler hingewiesen wird, die zurzeit noch der diastolischen Blutdruckmessung anhaften, mag es sich um die palpatorische, auskultatorische oder oseillatorische Methode handeln, und auf die vor wenigen Monaten veröffentlichte lichtvolle Arbeit von Moritz. In derselben wird an einem einfachen physikalischen Systeme gezeigt, in welcher Weise Stromgefälle, Stromgeschwindigkeit, Schlagvolumen und Druckamplitude von der Kraft des Herzens, dem Lumen der Gefäße und dem von ihnen gesetzten Reibungswiderstande abhängig sind.

Moritz kommt zu dem Schlusse, daß für die Diagnose und Prophylaxe bei Arteriosklerose, Nephritis und idiopathischer Hypertonie des Gefäßsystems, Blut- und Pulsdruckmessung von erheblichem Werte seien.

Vortr. berichtet nun über Untersuchungen und Beobachtungen, die er an mehr als 100 Patienten hat machen können.

Bei 12 Kranken mit vorgeschrittener Arteriosklerose lagen die Werte für den Blutdruck zwischen 155 und 225 MmHg, für den Pulsdruck zwischen 60 und 100, drei waren apoplektisch geworden, einer hatte Aneurysma Aortae, einer litt an intermittirendem Hinken. Bei einem bestätigte die Sektion den Blut- und Pulsdruckbefund, bei einem anderen 80jährigen Pat., mit 80 Blut- und 30 Pulsdruck erwiesen sich umgekehrt die Arterien völlig frei von Sklerose, so daß also in beiden Fällen Messungs- und Sektionsergebnis gut miteinander übereinstimmten.

Drei interstitielle Nephritiker hatten ebenfalls erhöhte Werte. Um den erhöhten Blut- und Pulsdruck herabzusetzen, stehen verschiedene Mittel zur Verfügung. Auf Grund der Straßburg'schen Untersuchungen kommen von den Bädern nur indifferente von 37—40° C. in Betracht, weil auf die geringe anfängliche Steigerung des Blutdruckes bald eine langanhaltende Senkung desselben folgt. Vortr. zeigt an Kurven, daß es ihm mittels solcher Bäder von 10 Minuten Dauer gelang, die beiden Werte (Pl.- u. Bl.-Dr.) um 10% herabzusetzen.

Ferner bediente er sich der Sonnenbestrahlungen. Er weist darauf hin, daß es Hasselbach im Finsen'schen Lichtinstitut zu Kopenhagen gelungen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist, bei 39 von 40 Patienten durch mehrfache Bestrahlungen mit elektrischem Bogenlicht den Blutdruck für längere Zeit um 8% herabzudrücken.

An einer Kurve wird gezeigt, daß es durch Sonnenbestrahlungen von 10—15 Minuten Dauer zur Zeit der Sonnenhöhe (40—48° C. in der Sonne) bei einem interstitiellen Nephritiker gelang, den Blutdruck für längere Zeit um 10%, den Pulsdruck um 15% zum Sinken zu bringen. Zu gleicher Zeit nahmen die Kopfschmerzen und Schwindelerscheinungen ab.

Diese erhebliche Einwirkung der Sonne auf Blut- und Pulsdruck spricht nach des Vortr. Ansicht gegen eine Anwendung bei Nervösen. Nach Bing's, Broadbent's und eigenen Untersuchungen ist bei funktionellen Neurosen, ausgenommen die vasomotorischen, der Blut- und Pulsdruck erniedrigt oder normal hoch. Es erscheint daher eine weitere Erniedrigung der Werte kontraindiziert. In der Tat kann man bei solchen Kranken nach Sonnenbädern schwere Kollapse (Vasomotorenlähmung?) beobachten.

Endlich berichtet der Vortr. noch, daß er bei drei Fällen von vasomotorischer Neurose mit einem Blutdruck von 160—180° unter dem Einfluß von Valylpräparaten und milder Hydrotherapie (heiße Fußbäder, warme Abwaschungen) den Blutdruck im Verlaufe von Wochen zu normaler Höhe sinken sah. Gleichzeitig nahmen die Kopfschmerzen, die Blutwallungen nach dem Kopf und die Schlaflosigkeit ab.

Interessant waren ferner die Ergebnisse der Messungen bei Delirium alcoholicum (15 Fälle). Die Pat. kamen meist mit normalen Werten zur Aufnahme. Während der Dauer des Deliriums pflegten Blut- und Pulsdruck um 30—40% zu sinken. In der Rekonvaleszenz stiegen sie langsam wieder empor. Bis sie jedoch die normale Höhe erreicht hatten, vergingen nicht selten 1—2 Wochen.

Bei 15 Fällen von kruppöser Pneumonie trat bis zur Krise, manchmal auch noch bis 1—2 Tage nach derselben Sinken beider Werte um 30—40% ein. Bei sehr schweren Fällen erreichten Blut- und Pulsdruck erst nach 1 bis $1^1/_2$ Monaten die Norm. Es ließ durch Kontrollieren der Patienten nach ihrer Entlassung sich feststellen, daß im allgemeinen die Klagen über Mattigkeit und Arbeitsunfähigkeit parallel gingen der Erniedrigung der Blut- und Pulsdruckwerte, so daß derartige Untersuchungen auch für den Praktiker Wert haben, worauf erst kürzlich Deneke hingewiesen hat. Auch der Einfluß des ersten Aufseins und des ersten Arbeitsversuches macht sich bei derartigen Kranken durch Sinken beider Werte bemerkbar, wie an einer Kurve gezeigt wird.

Bei Arteriosklerotikern stellt man entsprechend der Erhöhung der Werte zur Zeit des Wohlbefindens nach dem Delirium oder der Krise Werte fest, die sonst als normal gelten würden. (110—120 Blutdruck, 40—50 Pulsdruck.)

Bei einem Kranken mit akutem Rauschzustand fanden sich die von Holtzmann aus der Kraepelin'schen Klinik kürzlich mitgeteilten Ergebnisse bestätigt.

Endlich wurde noch eine große Zahl von Nervenleidenden untersucht. Die Befunde bei funktionellen Neurosen sind schon erwähnt. Es sei nur noch bemerkt, daß die von Bing hier konstatierte Labilität des Blutdruckes bei körperlicher Arbeit ebenfalls beobachtet werden konnte.

Curschmann (Mainz) hat als erster mitgeteilt, daß bei Tabikern der Blutdruck mit Einsetzen der Krise kritisch um 40—50% ansteige, bei Schluß

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

derselben ebenso rasch sinke. Vortr. hat drei Tabiker zur Zeit der Krisen beobachten können. Er fand ebenfalls bei allen drei diese Angaben bestätigt. (Demonstration einer Kurve.)

Endlich wurden auch die Untersuchungen Alter's einer Nachprüfung unterzogen. A. hat bei einem Teil der zirkulären Psychosen und bei den Affektschwankungen im Laufe der Paralyse folgendes feststellen können: zur Zeit der Depression war der Blutdruck erhöht, zur Zeit der gehobenen Stimmung erniedrigt. Die Blutdrucksteigerung pflegte im allgemeinen der Verstimmung vorauszugehen. Konsequenter Weise riet er daher, diese Steigerung durch Hydrotherapie und Valylpräparate zu bekämpfen, um so das Zustandekommen der Verstimmung zu verhindern. Es sind bisher zwei Arbeiten über dieselbe Frage erschienen, von Dunton und Haskovec. Beide können Alter's Befunde nicht bestätigen.

Vortr. hat fünf Fälle von periodischem Depressionszustand untersucht. Bei drei war der Blutdruck zur Zeit der Verstimmung um 20—25% erhöht, bei zwei lagen die Verhältnisse gerade umgekehrt. Einer der letzten zwei war Arteriosklerotiker. Die Steigerung des Blutdruckes konnte bei einem der Pat. bei jeder der sechs beobachteten Verstimmungen festgestellt werden, jedoch war hier das Primäre die Verstimmung, so daß auf die Anwendung den Blutdruck herabsetzender Mittel verzichtet wurde. Autoreferat.

O. Kohnstamm und F. J. Hindelang (Königstein i. Taunus): Über Reflexkerne, die zugleich der sensiblen Leitung dienen (intratrigeminalis nucleus).

Reflexkerne sind Zellgruppen, die einerseits rezeptorische Fasern aufnehmen und andrerseits effektorische Axone abgeben. Der einfachste Fall wäre der, daß an einen Ursprungskern motorischer Wurzeln sensible Wurzelfasern herantreten. Er ist verwirklicht im dorsalen Vaguskern. (Vgl. K. und Wolfstein, Versuch einer physiolog. Anatomie der Vagusursprünge, Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. VIII, 1907.) Mit der höheren sensiblen Leitung dürfte er nichts zu tun haben, da seine sämtlichen Zellen nach Wurzeldurchschneidung entarten und damit ihre gleichartige physiologisch-anatomische Valenz dartun. Überhaupt ist uns keine als „Kern" zu bezeichnende Zellgruppe des Hirnstammes bekannt, die funktionell verschiedenartige Zellen enthielte.

Eine andere Art von Reflexkern ist der Nuc. Deiters, besonders der als Nuc. radic. desc. nerv. VIII, bezeichnete Teil desselben. Dieser empfängt Vestibularisfasern und entsendet motorische Neurone zweiter Ordnung zu den Vorderwurzelzellen des Rückenmarks. Ebenso verhält sich der Nuc. angularis (Bechterew'scher Kern) zu den Augenmuskelkernen. Hier wird also der motorische Schenkel des Reflexbogens nicht zur Vorderwurzelfaser, sondern zu einem „Koordinationsneuron". Die Ursprungszellen solcher Koordinationsfasern, speziell wenn sie die Form motorischer Zellen haben, hat K. als Koordinationskerne des Hirnstammes bezeichnet (vgl. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1900. K. und Quensel, Neurolog. Zentralbl., 1908). Zu diesen Koordinationskernen des Hirnstammes gehört auch der von K. sog. Nucl. intratrigeminalis tecti. Er liegt hauptsächlich im Bereich des vorderen Vierhügels den bläschenförmigen Zellen der rad. mes. V. teils an-, teils eingelagert. Ein Teil seiner Zellen gerät nach Verletzung des Halsmarkes in Tigrolyse, woraus folgt, daß ihre Axone in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das obere Rückenmark ziehen und zwar wahrscheinlich auf dem Wege des prädorsalen Längsbündels. Eine ausgedehnte und zwar streng gleichseitige Tigrolyse desselben Kernes haben wir nun beobachtet, wenn weiter vorn eine Verletzung gesetzt wurde, welche die zentralen Verbindungen des vorderen Vierhügels zerstörte. Wahrscheinlich endigen die im Nuc. intratrigeminalis wurzelnden und durch diese Operation zerstörten Neurone im kaudalen Anteil des Sehhügels, da eine ausgedehnte Verletzung noch weiter vorn im Malamus die hier beschriebene Tigrolyse vermissen ließ. — Es läßt sich kaum entscheiden, ob es dieselben Zellen sind, die einen Ast ihres Axons nach unten und einen anderen nach oben schicken, oder ob die histologisch gleichartigen Zellen desselben Kernes teils diese, teils jene Funktion leisten. Wenn wir den Kern als ein Ganzes betrachten, so kommt beides auf dasselbe hinaus.

Als Reflexkern ist der Nuc. intratrigeminalis anzusehen, weil er offenbar unter dem Einfluß von Optikusfasern steht, was der in ihm entspringenden Bahn bei Held den Namen einer „optischen Reflexbahn" eingetragen hat. Sie dürfte mit ihren Endigungen im Halsmark auf die Zentren der Nackenmuskulatur einwirken, wodurch Kopfbewegungen auf Gesichtseindrücke zustande kämen. Außerdem empfängt aber der Kern, was erst jetzt recht verständlich wird, Elemente, die als Fortsetzung der gekreuzt aufsteigenden Spinalbahn aufzufassen sind. Sowohl auf normalen Präparaten, als im Marchibild nach Läsion der Haube sieht man aus dem Bezirk der lateralen Schleife, sowie aus der Haubenregion Fasern nach der Gegend des Nuc. intratrig. hinziehen, über deren Natur man bisher im unklaren war. Nur von den Fasern der Fontänenkreuzung weiß man, daß sie absteigen und mindestens zum Teil im Nuc. intratrig. entspringen. In der Gegend ihres Ursprungs, wo ihn der mes. V.-Kern eingelagert ist, helfen sie die marginale Randschicht des zentralen Höhlengraus bilden. An dieser Stelle stoßen von ventrolateral her Fasern aus der Haube und der Gegend der lateralen Schleife spitzwinklig mit ihnen zusammen, die man vielfach als tractus spino-tectalis bezeichnet findet. Aber nur ein kleiner Teil dieser Faserung stammt nach Ausweis von Marchipräparaten nach Halsmarkverletzung aus dem Rückenmark. Die meisten wären als tegmento-tectale Neurone anzusehen, welche ihrerseits geeignet sind aufsteigende spinale und bulbäre Systeme nach oben fortzusetzen. Auch das dorsale Längsbündel dürfte rezeptorische Zuflüsse des Nuc. intratrig. enthalten, da sich beide berühren und einzelne tigrolytische Zellen, die noch dem Nuc. intratrig. zuzurechnen sind, sich nach Thalamusläsion dem dorsalen Längsbündel direkt eingelagert finden. Der Nuc. intratrig. ist also neben seiner Eigenschaft als Reflex- und Koordinationskern einer der lang gesuchten sensiblen Stationen des Hirnstammes, welche rezeptorische Zuflüsse gleichzeitig weiter zentralwärts zu leiten geeignet sind. Ebenso verhält sich der Nuc. reticularis med. oblong. et pontis. Er degeneriert total nach hoher Rückenmarksdurchschneidung, aber auch in größerer oder geringerer Ausdehnung nach dorsalen weiter vorn gelegenen Brückenläsionen. Eine Hauptstätte solcher nach vorn gerichteter Neurone findet man in der Höhe des Fazialiskernes gerade an einer Stelle, welcher auch Querfasern des tract. antero-lateralis asc. zufließen (Marchi nach Rückenmarksdurchschneidung). Sie sind vielleicht im allgemeinen etwas schmächtiger als die Zellen der abwärts gerichteten reticulo-spinalen Neurone, gehören aber offenbar zu demselben histologischen System. Bei diesen Zellen wurde mit der Golgimethode eine Teilung des Axons in zwei Äste

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beobachtet, von denen möglicherweise der eine die Verbindung nach oben, der andere die nach unten herstellt (vgl. Kölliker, Gewebelehre, 2. Bd., 1896, Seite 324). Der Nuc. reticularis, soweit er sensible Funktion hat, wurde von K. als centrum receptorium der formatio retic. bezeichnet. Seine Axone verlaufen in der dorsalen Etage der Haube, etwa im Gebiet des tract. fascic. Foreli und des dorsalen Längsbündels, dessen teilweise sensible Funktion durch die oben erwähnte Einlagerung sensibler Zellen des Nuc. intratrigeminalis nahegelegt wird. Also ist auch der Nuc. retiçularis zugleich sensibler und motorischer, bzw. koordinatorischer Kern.

Im Rückenmark haben wir oberhalb von Verletzungen tigrolytische Koordinationszellen von motorischem Typus nachweisen können, die im Seiten- und Vorderhorn gelegen waren. Da nach Marchibildern die Seitenfläche der grauen Substanz quer umbiegende Fasern der aufsteigenden Seitenstrangbahnen aufnimmt, so können solche Elemente reflektorischen Aufgaben dienen, wie etwa dem Kratzreflex Sherrington's. Als Ursprungszellen aufsteigender Bahnen haben wir solche Zellen bis jetzt nicht festgestellt. Wir kennen von solchen im Rückenmark außer denen der Clarke'schen Säule nur die größeren der Substant. gelatin. ventral und medial angelagerten Zellen des Nuc. magnocellularis centralis cornu post. (nach der Jacobsohn'schen Terminologie, Abh. der Berl. Akad. der Wiss. 1908). Es wäre aber von großer Wichtigkeit, auch im Rückenmark ein Verhalten nachzuweisen, von dem wir im Nuc. intratrig. ein Beispiel gegeben haben, daß nämlich ein und derselbe Kern die ihm zugehenden rezeptorischen Erregungen das eine Mal als motorischen Innervationskomplex transformiert, nach außen wirft, das andere Mal ein Äquivalent desselben als Empfindung nach oben sendet. Das geistreiche Wort A. Wallenberg's: „Empfindung ist eine steckengebliebene Bewegung" erhielte dadurch ein anatomisches Substrat.

Knoblauch (Frankfurt a. M.): Die Differentialdiagnose der Hirnlues.

M. H.! Als Sie vor Jahresfrist als Thema des heutigen Referats „Die Differentialdiagnose der Hirnlues" gewählt haben, standen Sie wohl unter dem Eindruck, daß die Wassermann'sche Serodiagnostik vielleicht berufen sein könnte, gerade bei der Gehirnsyphilis eine Rolle von differentialdiagnostischer Wichtigkeit zu spielen. Von dieser Voraussetzung ausgehend, beabsichtige ich, in meinem Referat lediglich den Wert dieser neuen Methode zu beleuchten und zwar im Vergleich zu dem Wert der zytologischen und chemischen Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit für die Differentialdiagnose der Hirnlues. Ich bin mir dabei der Einseitigkeit meines Referates sehr wohl bewußt; indessen schien es mir in Anbetracht der knappen Zeit, die mir zugemessen ist, nicht angängig, auch die klinische Abgrenzung des Krankheitsbildes der Hirnlues gegenüber der Paralyse, dem Tumor cerebri, der arteriosklerotischen Demenz usw. in den Kreis meiner Betrachtung einzubeziehen. Es möge dies der Diskussion vorbehalten bleiben, in der wohl auch die neueren histopathologischen Befunde bei der Hirnlues zur Sprache kommen werden.

Seit unserer vorjährigen Versammlung haben sich die beiden großen Gesellschaften, die unsere Fachwissenschaft vertreten, eingehend mit der Wassermann'schen Serodiagnostik beschäftigt, die Gesellschaft Deutscher Nervenärzte[1])

[1]) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXVI, S. 1 ff. Leipzig 1908.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

am 3. Oktober 1908 zu Heidelberg und der Deutsche Verein für Psychiatrie[1]) am 23. April d. Js. zu Bonn. Trotzdem haben sich die widersprechenden Ansichten über den Wert des Verfahrens noch nicht genügend geklärt, und mit einer gewissen Resignation haben wir erkennen müssen, daß der Ausfall der Komplementbindungsmethode wohl unter Umständen ein Anzeichen von hohem diagnostischem Wert sein kann, daß er aber in keinem einzigen Fall von absolut beweisender Kraft sein wird.

So bin ich leider auch nicht in der Lage, Ihnen heute über wesentliche Fortschritte in unserer Diagnostik zu berichten, die es uns ermöglichen könnten, die zerebrale Lues am Krankenbett mit einer größeren Sicherheit als vor Jahresfrist zu erkennen. Und deshalb erblicke ich den Zweck meines Referates hauptsächlich darin, daß es aufs neue eine Besprechung der Frage einleiten soll, in der Ihre reichen Erfahrungen in bezug auf die differentialdiagnostisch wichtigen Faktoren bei der Beurteilung der Hirnlues zum Austausch kommen mögen. Ich hoffe besonders, daß die Diskussion nicht zuletzt mir selbst zugute kommen und dazu beitragen werde, meine eigenen Anschauungen über den Wert der einzelnen Methoden für die Differentialdiagnose der zerebralen Lues weiter zu klären.

Meiner einleitenden Übersicht über den augenblicklichen Stand der Frage liegt neben den einschlägigen Publikationen des letzten Jahres[2]) eine Reihe eigener Beobachtungen zugrunde, die in den vergangenen zweieinhalb Jahren, soweit sie zytologische und chemische Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit betreffen, in meinem Laboratorium im städtischen Siechenhause, soweit es sich um serologische Untersuchungen des Blutes und Liquors handelt, im Königlichen Institut für experimentelle Therapie durch Prof. Sachs angestellt worden sind. Von der Anführung vieler Zahlen möchte ich absehen, weil meine eigenen Beobachtungen, die sich nur auf eine beschränkte Reihe, allerdings im Hinblick auf das heutige Referat ausgesuchter Fälle von Erkrankungen des Zentralnervensystems beziehen, an Zahl hinter den großen Statistiken anderer weit zurückstehen. Nur durch kurze Mitteilung weniger Krankengeschichten am Schlusse meines Referates möchte ich meine Ausführungen illustrieren.

Schaudinn's Entdeckung der Spirochaeta pallida hat die klinische und anatomische Diagnostik der Syphilis des Zentralorgans nicht gefördert. Wohl gelingt der Spirochätennachweis gelegentlich an der Leiche bei der mikroskopischen

---

[1]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie u. psychisch-gerichtliche Medizin. Bd. LXVI, Berlin 1909.

[2]) u. a. Nonne, „Syphilis und Nervensystem." II. Auflage, Seite 607—641. Berlin, 1909.

Plaut, „Die Wassermann'sche Serodiagnostik der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie." Jena 1909, und die Arbeiten aus der Dermatologischen Klinik des städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M.: Felix Heller, „Über die Serodiagnostik der Syphilis und ihren Wert für die Praxis." Inaug.-Diss., Juni 1908.

Höhne, „Was leistet zurzeit die Wassermann'sche Reaktion für die Praxis?" Med. Klinik, 1908, Nr. 47, S. 1788. — „Über die Bedeutung der positiven Wassermann'schen Reaktion." Dermatologische Zeitschrift, Bd. XVI, H. 5. Berlin 1908. — „Die Wassermann'sche Reaktion und ihre Beeinflussung durch die Therapie." Berliner klinische Wochenschrift, 1909, Nr. 19. Berlin 1909.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Untersuchung des Gehirns; aber im Lumbalpunktat ist der Erreger der Lues meines Wissens bis jetzt nur in ganz vereinzelnten Fällen aufgefunden worden. Da sich indessen die Spirochäten nicht nur in der Pia, im Lumen, in der Wandung und in den periadventitiellen Räumen der Gefäße, sondern auch im Ventrikelependym und in syphilitischen Herden des Marklagers der Hemisphären finden, ist daran gedacht worden, durch Hirnpunktion gewonnene Zerebrospinalflüssigkeit und „Hirnzylinder" auf Spirochäten zu untersuchen. Dies ist jedoch — soweit ich die Literatur überblicke — noch nicht geschehen und wird, angesichts des keineswegs gefahrlosen Eingriffes und bei der Schwierigkeit des Nachweises vereinzelter Spirochäten im Gewebe und in kleinen Flüssigkeitstropfen, der auch trotz Dunkelfeldbeleuchtung dem geübten Beobachter nicht selten mißlingt, sich wohl kaum jemals zu einer in der Praxis verwertbaren Methode gestalten.

Wichtigere Ergebnisse für die Diagnostik der zerebrospinalen Lues als der Spirochätennachweis hat zweifellos die in den letzten Jahren geübte zytologische und chemische Untersuchung des Lumbal- (und Ventrikel-) punktats erzielt. Die erstere zeigt, daß eine „starke Lymphozytose" nur bei Paralyse (in etwa 97% der Fälle), Tabes (96%) und zerebrospinaler Lues (80%), sowie bei akuten Meningitiden und idiopathischem Hydrozephalus zur Beobachtung kommt, und zwar in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle. Andererseits kann sie aber auch bei den genannten Krankheiten fehlen, und außerdem kann auch bei anderen Nervenkrankheiten, die für die Differentialdiagnose der Hirnlues in Betracht kommen, z. B. beim Hirntumor, bei der Epilepsie, bei der multiplen Sklerose usw., eine Lymphozytose auftreten. Auch bei sekundärer und tertiärer Lues in anderen Organen, wie dem Zentralnervensystem, sowie bei syphilitisch infizierten Individuen, die zur Zeit der Untersuchung des Liquors symptomenfrei sind, ist eine starke (in etwa 40%) oder mäßige Pteozytose ziemlich häufig. Dagegen ist bei reiner Neurasthenie und Hysterie, bei Psychosen und bei Nervengesunden ohne vorausgegangene Syphilis eine Vermehrung der Zellelemente in der Zerebrospinalflüssigkeit nicht oder wenigstens nur in einer verschwindend kleinen Anzahl von Fällen festgestellt worden.

Für die Differentialdiagnose der Hirnlues gegenüber der progressiven Paralyse, sowie der zerebralen Neurasthenie und idiopathischen Epilepsie bei florider Syphilis ist also der zytologische Befund belanglos, und gegenüber der schweren zerebralen Neurasthenie bei vorausgegangener Lues ist er nur dann in positivem Sinn — allerdings auch nur mit Vorsicht — zu verwerten, wenn eine „starke Lymphozytose" nachgewiesen ist. Dasselbe gilt gegenüber der Epilepsia idiopathica bei Infizierten ohne manifeste Lues, gegenüber dem Tumor cerebri und den genannten anderen organischen Hirnkrankheiten.

Einwandfreier und eindeutiger, und deshalb für die Differentialdiagnose der Hirnlues wertvoller, erscheinen mir die Ergebnisse der chemischen Eiweißanalyse der Zerebrospinalflüssigkeit, namentlich der im Eppendorfer Krankenhause ausgearbeiteten, sehr einfachen Methode der Globulinreaktion, die Nonne als „Phase I" bezeichnet hat. Die Reaktion beruht bekanntlich darauf, daß eine Ammoniumsulfatlösung in „Halbsättigung" nur die Globuline und Nukleoalbumine ausfällt und somit von den in Lösung bleibenden Albuminen trennt. Mischt man also gleiche Teile des Reagens und des blutfreien Liquors, so tritt, falls Globuline in ihm enthalten sind, in der Kälte nach drei Minuten eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deutliche Opaleszenz bis Trübung ein. Die Reaktion wird bei Paralyse, Tabes und zerebrospinaler Lues (sowie bei kongenitaler Lues) fast noch konstanter beobachtet als die Lymphozytose, und vor allem hat sie vor der zytologischen Methode nach den Angaben Nonnes — eigene Erfahrungen in diesem Punkt fehlen mir — anscheinend den großen Vorzug, daß sie bei Syphilitischen mit manifesten Erscheinungen in anderen Organen, wie dem Zentralnervensystem (Lues II und III der Haut usw.) in einem wesentlich geringeren Prozentsatz der Fälle auftritt als die Pleozytose, und daß sie bei Frühersyphilitischen und bei Epileptikern ganz ausbleibt. Andererseits wird jedoch die Phase I der Globulinreaktion, ebenso wie die Lymphozytose, auch bei einer großen Anzahl von Hirntumoren und -abszessen (in 80% nach Nonne) und in einzelnen Fällen anderer Nervenkrankheiten, wie bei multipler Sklerose, kombinierter Strangerkrankung usw., beobachtet. Ich hatte Gelegenheit, sie in einem Falle von Friedreich'scher Ataxie festzustellen. Auch bei akuten Infektionskrankheiten der verschiedensten Art soll sie etwa in der Hälfte aller Fälle auftreten.

Für die Differentialdiagnose der Hirnlues leistet also die Phase I der Globulinreaktion mehr als die Zytodiagnostik lediglich gegenüber der idiopathischen Epilepsie und denjenigen Fällen von zerebraler Neurasthenie, die bei Frühersyphilitischinfizierten zur Beobachtung kommen. Der Paralyse gegenüber ist auch sie in differentialdiagnostischer Hinsicht belanglos, und bei den übrigen in Frage kommenden Gehirnkrankheiten leistet sie im wesentlichen nicht mehr und nicht weniger als die zytologische Methode auch.

An die Seite der Zytodiagnostik und der chemischen Eiweißanalyse der Zerebrospinalflüssigkeit und zur Ergänzung der beiden Verfahren in diagnostischer Hinsicht ist nun neuerdings die biologische Methode der Untersuchung des Liquors und des Blutes nach Wassermann, die Serodiagnostik der Syphilis, getreten. Sie erfordert wie alle biologischen Methoden eine vollkommene Beherrschung der Technik, ein einwandfreies Prüfungsmaterial und eine große Erfahrung in der Beurteilung der gewonnenen Resultate. Die letztere unterliegt auch vielmehr als bei anderen Verfahren dem subjektiven Ermessen des einzelnen Beobachters, und hierauf ist wohl in erster Linie die widersprechende Kritik zurückzuführen, welche die biologische Methode bei den verschiedenen Kliniken gefunden hat.

Prüfen wir zunächst die Bedeutung der Wassermann'schen Untersuchung des Blutes für die Diagnose der Lues im allgemeinen: Bekanntlich ist von Wassermann selbst zugestanden worden, daß ein positiver Ausfall der Reaktion auch bei einigen Tropenkrankheiten, wie Dourine, Framboesia, bei der Schlafkrankheit und bei Lepra tuberosa beobachtet wird. Much und Eichelberg, sowie Halberstädter haben sie auch beim Scharlach gefunden. Über ihr Vorkommen bei Nervenkrankheiten berichten Nonne (Multiple Sklerose, Hirntumor, Epilepsie), Plaut (Multiple Sklerose, tuberkulöse Meningitis, zerebrale Arteriosklerose usw.) u. a.

Das Auftreten der Reaktion bei den erwähnten Tropenkrankheiten, die in unseren Breiten in differentialdiagnostischer Hinsicht der Syphilis gegenüber wohl kaum jemals in Frage kommen werden, tut ihrer praktischen Bedeutung für die Syphilisdiagnose keinen Abbruch. Wird doch beispielsweise auch der Wert der Diazoreaktion für die Diagnose des Typhus dadurch nicht geschmälert, daß auch bei Masernkranken der Urin fast regelmäßig die Reaktion zeigt, eben weil

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Typhus und Masern in differentialdiagnostischer Hinsicht wohl niemals in Frage kommen werden. Andererseits beweist das Auftreten der Wassermann'schen Reaktion bei der Schlafkrankheit, daß sie keine „spezifische Luesreaktion" ist; es deutet vielmehr auf gewisse verwandtschaftliche Beziehungen zwischen den auf Protozoeninfektion beruhenden Tropenkrankheiten und der Syphilis und Metasyphilis hin, worauf schon von Spielmeyer in seiner Monographie über die Trypanosomenkrankheiten hingewiesen worden ist.

Auch die ganz vereinzelten Beobachtungen des Auftretens der Wassermann'schen Reaktion bei anderen Krankheiten beweisen meines Erachtens keineswegs, daß ihr eine hervorragende Bedeutung in der Diagnose der Syphilis nicht zukomme. Bei der anerkannten Schwierigkeit des Nachweises der latenten Syphilis ist nicht mit Sicherheit ausgeschlossen, daß Individuen „ohne Lues in der Anamnese," bei denen auch intra vitam eine latente Syphilis nicht nachgewiesen werden konnte und eventuell post mortem keine spezifischen anatomischen Veränderungen aufgefunden worden sind, und bei denen trotz alledem die Wassermann'sche Reaktion des Serums positiv ausgefallen ist, nicht vielleicht doch syphilitisch gewesen sein mögen. Plaut hat dies für die von ihm mitgeteilten Fälle ganz plausibel gemacht, und Hoehne setzt es für zwei seiner Fälle (im ganzen drei unter 1832) als sicher voraus.

Andererseits ist wohl auch nicht immer mit beweisender Bestimmtheit die Möglichkeit auszuschließen, daß in diesen ganz vereinzelnten Fällen — angesichts der großen Schwierigkeit in der Ausführung der Methode und in der Beurteilung ihrer Ergebnisse — auch Fehler unterlaufen sein können, deren Eintrittsbedingungen noch nicht erkannt worden sind, und die mit Sicherheit zu vermeiden, deshalb vorläufig nicht möglich ist. Für die Berechtigung dieser Annahme scheinen mir die eindeutigen Befunde unseres Seruminstituts und der dermatologischen Klinik des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M., sowie auch meine eigenen Beobachtungen zu sprechen, die mit den Befunden Wassermann's und Plaut's vollkommen übereinstimmen, namentlich im Hinblick darauf, daß eine einwandfreie positive Reaktion des Blutes in keinem einzigen Falle beobachtet worden ist, in dem sich nicht entweder auch andere Anzeichen einer vorausgegangenen Infektion mit Sicherheit nachweisen ließen und eine solche aus der Anamnese festzustellen, oder aus dem klinischen, resp. aus dem post mortem erhobenen anatomischen Befund mit größter Wahrscheinlichkeit zu schließen gewesen ist.

So glaube ich, daß wir den positiven Ausfall der Wassermann-schen Reaktion des Blutserums in unseren Breiten für charakteristisch für Lues halten dürfen, und gerade in diesem wesentlichen Punkte stehe ich in Widerspruch zu Nonne und anderen Autoren.

Andererseits aber halte auch ich unumstößlich daran fest, daß der negative Ausfall der Reaktion keine Gewähr dafür bietet, daß eine luetische Infektion nicht stattgefunden hat. So sind wir zu der Erkenntnis gelangt, daß die Bedeutung der Wassermann'schen Methode für Diagnostik und Praxis nicht so erheblich ist, wie wir anfangs erhoffen zu dürfen geglaubt haben. Dieser Mangel haftet indessen dem Wassermann'schen Verfahren nicht in höherem Maße an, als anderen biologischen Untersuchungsmethoden. Tut es dem großen Wert der Widal'schen Reaktion für die Diagnose des Abdominaltyphus etwa Abbruch, daß sie in einer Anzahl von Typhusfällen während des ganzen Verlaufes der Krankheit ausbleibt?

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schließlich ist zu betonen, daß der Ausfall der Wassermann'schen Probe in einer großen Anzahl von Fällen unverkennbar, wenn auch nicht in einer jetzt schon als gesetzmäßig erkannten Weise durch die spezifische Luesbehandlung beeinflußt wird[1]), und daß er offenbar auch von dem Stadium der syphilitischen Erkrankung abhängig ist. So lehrt auch unsere Frankfurter Statistik, daß der positive Ausfall der Reaktion im sekundären und tertiären Stadium der akquirierten Lues einerseits und bei Paralyse und Tabes andererseits am konstantesten ist, und daß sein Auftreten an Häufigkeit nur noch bei der kongenitalen Lues übertroffen wird. Demgegenüber ist es besonders auffällig und noch völlig unaufgeklärt, daß er bei der Lues des Zentralnervensystems — wir können fast sagen — eine niedrigere Ziffer erreicht als bei syphilitischen Erkrankungen aller übrigen Organe[2]). Hier muß indessen betont werden, daß sich die betreffenden Angaben sämtlicher Autoren auf die verschiedenartigsten Formen der zerebrospinalen Lues en bloc beziehen. Es wird unerläßlich sein, in Zukunft die einzelnen Formen der Gehirn- und Rückenmarkssyphilis scharf auseinander zu halten und gesonderte Erfahrungen zu sammeln, wie sich die Wassermann'sche Reaktion des Serums beim Gumma, bei der luetischen Erkrankung der Meningen, der basalen und kortikalen Gefäße, der Rückenmarkswurzeln usw. verhält. Meine eigenen Erfahrungen sind nicht groß genug, als daß sie jetzt schon verwertbare Schlüsse nach der angedeuteten Richtung zulassen würden.

So viel scheint indessen festzustehen, daß der serologische Blutbefund bei der Lues cerebri im wesentlichen mit dem Befund im floriden Stadium der Syphilis ohne Beteiligung des Nervensystems übereinstimmt, daß es also keine charakteristische biologische Reaktionsweise des Blutes gibt, welche die Hirnlues als Sondergruppe aus der vielgestaltigen großen Masse der luetischen Krankheitsformen überhaupt herauszuheben imstande sein würde.

Hat also auch die Wassermann'sche Methode der Blutuntersuchungen den Vorzug vor der Zytodiagnostik und vor der chemischen Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit voraus, daß der positive Ausfall der biologischen Reaktion eine frühere Infektion mit Bestimmtheit anzeigt, so kommt auch ihr leider keine beweisende Kraft für die Differentialdiagnose der Hirnlues zu. Auch die biologische Untersuchung des Liquors nach dem Wassermann'schen Verfahren hilft uns hier nicht wesentlich weiter. Nach unserer Erfahrung gilt für sie hinsichtlich des Charakteristischen der Reaktion für Lues in unseren Breiten das gleiche wie für die Untersuchung des Serums. Eine positive Reaktion der Zerebrospinalfüssigkeit kommt nur bei syphilitischen und meta-

[1]) Einen entgegengesetzten Standpunkt nimmt Plaut ein (a. a. O., S. 176 u. 177): Er hat in einer großen Reihe von Fällen von Lues cerebri und Paralyse keinen deutlich erkennbaren Einfluß der Hg-Therapie wahrgenommen; es war aber auch in keinem dieser Fälle eine Beeinflussung des klinischen Bildes durch die Schmierkur nachzuweisen. Die biologische Reaktion unterscheidet sich nach Plaut's Ansicht in ihrer anscheinend fehlenden Beeinflussbarkeit durch Hg von dem Verhalten der Lymphozytose, indem nach der spezifischen Behandlung die Zerebrospinalflüssigkeit in einzelnen Fällen ein deutliches Absinken des Zellgehaltes zeigt.

[2]) Auch in diesem Punkt hat Plaut etwas andere Resultate (a. a. O., S. 92).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

syphilitischen Erkrankungen vor, und zwar bei Paralyse und Tabes nahezu konstant, bei Lues des Zentralnervensystems verhältnismäßig selten, bei Lues der anderen Organe anscheinend niemals.

Nonne hat freilich einen positiven Ausfall der biologischen Reaktion des Liquors auch bei multipler Sklerose mitgeteilt. Nach unseren Erfahrungen möchte ich indessen annehmen, daß in diesem Falle das klinische Bild der multiplen Sklerose durch eine syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems vorgetäuscht worden sei, wie es nicht selten aus dem späteren Obduktionsbefund erhellt. Gerade solche Fälle lehren, wie dringend notwendig die pathologisch-anatomische Kontrolle unserer klinischen Diagnose ist, und mahnen uns zur größten Vorsicht in der Verallgemeinerung von Schlüssen, die wir aus Einzelbeobachtungen zu ziehen, uns vielleicht für berechtigt halten könnten.

Vor allem müssen in dieser wichtigen Frage durch Handinhandgehen der Klinik und der pathologischen Anatomie weitere Erfahrungen gesammelt werden. Bestätigt sich jedoch unsere Beobachtung, so würde ein positiver Ausfall der Wassermann'schen Reaktion des Liquors anzeigen, daß wir es nicht mit einer Lues in anderen Organen, sondern mit einer syphilogenen Erkrankung des Zentralnervensystems zu tun haben, und zwar mit größter Wahrscheinlichkeit mit Paralyse oder Tabes, mit sehr viel geringerer Wahrscheinlichkeit mit zerebrospinaler Lues. Ein negativer Ausfall der Reaktion des Liquors dürfte dagegen keinen bestimmenden Einfluß auf die diagnostische Beurteilung des Falles ausüben.

Nach den Eindrücken, die ich im Laufe der letzten Jahre gewonnen habe — es sind bis jetzt nur Eindrücke und keine unumstößlichen Tatsachen, für deren Richtigkeit ich mit strikten Beweisen eintreten könnte — hat eine jede der erwähnten vier Methoden: die Zytodiagnostik, die chemische Eiweißanalyse des Liquors, die Wassermann'sche Reaktion desselben und des Blutes, gewisse Vorzüge vor jeder der anderen drei Methoden voraus neben Nachteilen, die indessen nur zu einem Teil durch die Vorzüge einer oder der anderen der übrigen Methoden ausgeglichen werden. Wollen wir sie also für die Differentialdiagnose verwerten, so müssen wir sie in den Gesamtbau unserer klinischen Diagnostik eingliedern, ohne in einseitiger Weise den Wert der einen oder der anderen Methode zu überschätzen. Wir müssen also in jedem Einzelfall sämtliche vier Methoden nebeneinander in Anwendung bringen, ihre Resultate miteinander vergleichen und sie in Beziehung setzen zu den übrigen klinischen Symptomen, aus denen sich das Krankheitsbild zusammensetzt, zur Anamnese und zum ganzen Verlauf des Leidens, dessen Differentialdiagnose in Frage steht.

Hinsichtlich der Hirnlues, auf die sich mein Referat beschränkt, werden in differentialdiagnostischer Hinsicht vor allem zu berücksichtigen sein: die progressive Paralyse, die arteriosklerotische Demenz, der Tumor cerebri, resp. Hydrozephalus, die multiple Sklerose, sowie die zerebrale Neurasthenie, die Epilepsie und Hysterie, und zwar — von der Paralyse abgesehen — gerade diejenigen Fälle, in denen uns Anamnese Anhaltspunkte dafür gibt, daß eine spezifische Infektion vorausgegangen ist.

Am ehesten wird auf Grund der Zytodiagnostik und der chemischen Analyse des Liquors, sowie der biologischen Reaktion des Blutes und der Zerebrospinalflüssigkeit eine Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri und progressiver Para-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lyse möglich sein: Denn bei der Paralyse werden fast konstant sämtliche vier Reaktionen positiv ausfallen; bei der Gehirnsyphilis dagegen wird bei positivem Ausfall der drei ersten Methoden die Wassermann'sche Reaktion im Liquor in der Regel ausbleiben.

Des weiteren wird mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine syphilogene Erkrankung des Zentralnervensystems auszuschließen und eine arteriosklerotische Demenz, Neurasthenie oder Epilepsie anzunehmen sein, wenn die biologische Reaktion im Serum und im Liquor ausbleibt und auch die Phase I der Globulinreaktion nicht eintritt, oder auch, wenn bei negativem Ausfall der Phase I und negativem Wassermann des Liquors das Blutserum positiv reagiert. In diesem Falle liegt die Annahme näher, daß es sich um eine nicht syphilogene Erkrankung des Nervensystems bei einem früher syphilitisch Infizierten handelt. Diese Annahme gewinnt an Wahrscheinlichkeit, wenn auch die zytologische Untersuchung keine oder nur eine geringe Lymphozytose erweist.

Einen differentialdiagnostischen Entscheid in bezug auf Hirnlues einerseits und Tumor cerebri und multipler Sklerose andererseits würde ich mich dagegen aus dem Serum- und Liquorbefund zu treffen nicht getrauen, da in diesen drei Fällen Blut und Zerebrospinalflüssigkeit häufig Wassermann negativ reagieren werden, und eine stärkere Lymphozytose und Phase I der Globulinreaktion — auch ohne vorausgegangene Lues — gar nicht selten beim Hirntumor und bei der multiplen Sklerose beobachtet zu werden scheinen.

Fallen schließlich sämtliche vier Reaktionen oder die Mehrzahl von ihnen einschließlich der Wassermann'schen Blutprobe in negativem Sinn aus, so ist eine syphilogene Erkrankung des Zentralorgans sehr unwahrscheinlich, ja, Paralyse fast mit Sicherheit auszuschließen. Aber auch in solchen Fällen dürfen wir uns nicht verleiten lassen, die auf Grund des klinischen Symptomenbildes gut fundierte Diagnose, z. B. „Hirnlues," ohne weiteres aufzugeben, eben nur, weil sich im Liquor keine Lymphozytose und keine Phase I nachweisen lassen, und weil die Wassermann'sche Reaktion in der Zerebrospinalflüssigkeit und im Blutserum ausbleibt. Es gibt derartige Fälle, und sie sind nach meiner Ansicht gerade besonders instruktiv:

Eine jung verheiratete Frau erkrankt im ersten Jahre ihrer Ehe unter Kopfschmerzen, die sich anfallweise, meist zur Nachtzeit steigern, und unter Krampfanfällen, die unter dem typischen Bilde der Jackson'schen Rindenepilepsie verlaufen. Hinzu tritt bald eine Abnahme des Sehvermögens, als deren Ursache ophthalmoskopisch eine beiderseitige Neuritis optica und später am linken Auge eine beginnende Sehnervenatrophie festgestellt werden. Der Verdacht auf Tumor war begründet, um so mehr, als sich aus der Anamnese irgendwelche Anhaltspunkte für eine vorausgegangene syphilitische Infektion bei der Kranken und bei ihrem Gatten nicht gewinnen ließen. Die Untersuchung mit dem Heß'schen Photometer ließ indessen erkennen, daß eine hemianopische Pupillenreaktion vorhanden war; es mußte sich der Krankheitsprozeß also an der Gehirnbasis in der Gegend des Chiasmas, resp. an einem Tractus opticus, abspielen. Ein solcher Herd konnte aber nicht für die Jackson'schen Anfälle verantwortlich gemacht werden, und damit war ein Tumor der motorischen Region als alleinige Ursache des Krankheitsbildes ausgeschlossen. Es blieb, da bei dem chronischen, fieberlosen Verlauf des Leidens auch eine Tuberkulose mit größter Wahrscheinlichkeit auszuschließen war, eigentlich nur eine Lues cerebri übrig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aber bei mäßiger Lymphozytose blieben Phase I der Globulinreaktion und die Wassermann'sche Reaktion im Liquor und im Serum aus. Trotzdem habe ich an der Diagnose „Hirnlues" (basale gummöse Meningitis, Gumma in der Gegend der vorderen Zentralwindung, resp. luetische Konvexitätsmeningitis) festgehalten, und schließlich konnte ich aus den Akten unserer Sittenpolizei, in die mir von seiten des Kgl. Polizeipräsidiums in entgegenkommender Weise ein Einblick gewährt worden ist, feststellen, daß die Kranke lange Jahre unter Kontrolle gestanden hatte und im Januar und August 1886, also als ganz junges Mädchen, an einem Primäraffekt und an sekundärsyphilitischen Erscheinungen behandelt worden war. Auch durfte die luetische Natur des gegenwärtigen Leidens durch den Erfolg des inzwischen eingeleiteten Traitement mixte als erwiesen gelten. Die Kopfschmerzen ließen bald nach; Anfälle wurden nicht mehr beobachtet; die Gesichtsfelder erweiterten sich von Woche zu Woche: nur am linken Auge blieb als Folge der bereits eingetretenen Optikusatrophie die Sehschärfe auf 6/40 herabgesetzt und das Gesichtsfeld auf seiner temporalen Seite etwas eingeschränkt.

Ein anderer Fall: Ein Elektrotechniker hat bei einem Wirtshausstreit einen Sturz auf den Hinterkopf erlitten. Wenige Tage später will er eine Abnahme des Sehvermögens bemerkt haben, und nach vier Wochen ist von ophthalmologischer Seite eine beiderseitige Optikusatrophie festgestellt und angeblich auf eine Schädelbasisfraktur bezogen worden. Mit dieser fertigen Diagnose reist der Patient, wie er erzählt, von Arzt zu Arzt und kommt schließlich auch zu uns. Objektiver Befund: fast vollständige Amaurose infolge beiderseitiger Sehnervenatrophie; starke Miosis; Fehlen der Kniephänomene und der Achillessehnenreflexe; Röntgenbild der Schädelbasis normal. Starke Lymphozytose und Phase I; Wassermann'sche Reaktion des Serums und Liquors negativ. Keine Lues in der Anamnese. Diagnose: Tabes. Ich habe an dieser Diagnose festgehalten trotz des negativen Ausfalls der Wassermann'schen Probe bei wiederholten Untersuchungen, freilich ohne daß ich bis jetzt die Diagnose mit der gleichen Sicherheit begründen könnte wie in dem ersten Fall. Übrigens haben sich auch die Angaben des Kranken bez. der angeblich von anderer Seite gestellten Diagnose „Schädelbasisfraktur" als gänzlich unwahr erwiesen, und Recherchen bei dem Truppenteil, bei dem der Kranke gedient hat, haben ergeben, daß er wegen versuchten Raubes mit Zuchthaus und Entfernung aus dem Heere bestraft worden ist. Ich zweifele nicht daran, daß ich es in diesem Falle mit einem raffinierten Betrüger zu tun habe, dem unter Umständen der negative Ausfall der Wassermann'schen Reaktion zur Erlangung seiner gerichtlich eingeklagten, hohen Schadenersatzansprüche von großem Vorteil hätte sein können.

Kürzlich wurde uns ein Patient mit der Diagnose „Paralyse" zugewiesen. Er bot auch im großen und ganzen das klinische Bild des Leidens, freilich ohne das charakteristische Silbenstolpern. Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose sind uns erst gekommen, als bei starker Lymphozytose und Phase I und bei positivem Wassermann im Blut die biologische Reaktion des Liquors sich als negativ erwiesen hatte. Ein derartiger Befund spricht mit größter Wahrscheinlichkeit gegen Paralyse und für Hirnlues; er hat mich veranlaßt, eine antiluetische Behandlung einzuleiten, was ich sonst nicht getan haben würde.

Von besonderem Interesse sind für mich immer die Fälle von infantiler

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabes gewesen. Wir haben ein 15jähriges Mädchen auf der Abteilung, das angeblich von seiner notorisch syphilitisch gewesenen Amme infiziert worden ist. Anhaltspunkte für eine kongenitale Lues liegen nicht vor, da beide Eltern des Kindes und auch seine sämtlichen älteren und jüngeren Geschwister anscheinend gesund sind. Die Kleine zeigt das typische Bild der Tabes: Fehlen der Kniephänomene, Ataxie, Optikusatrophie, Miosis usw. Da aber in allen Fällen von juveniler Tabes, die ich bis jetzt zu sehen Gelegenheit hatte, sich entweder im weiteren Verlauf des Leidens eine Taboparalyse entwickelt hat oder post mortem eine spezifische Meningomyelitis mit vorwiegender Beteiligung der Hinterstränge, spezifische Gefäßveränderungen usw. gefunden worden sind, und da ich auch aus der Literatur keine anatomisch nachgewiesenen Fälle von reiner Tabes im Kindesalter kenne, bin ich mit der Diagnose sehr vorsichtig geworden. Bei unserer kleinen Patientin hat nun die Untersuchung des Blutes ergeben: Wassermann positiv, des Liquors: starke Lymphozytose, aber Phase I und biologische Reaktion negativ. Dieser Befund bestärkt mich in der Annahme, daß auch im vorliegenden Falle keine echte Tabes, sondern eine zerebrospinale Lues vorliegt. Er spricht zugleich auch mit Wahrscheinlichkeit dafür, daß es sich wirklich um eine akquirierte und nicht um eine kongenitale Lues handelt.

Derartige interessante Beispiele können von jedem Beobachter zu einer langen Reihe vermehrt werden. Sie mögen zeigen, daß uns die Anwendung der gebräuchlichen Methoden in der Neurologie und ihre vergleichende Verwertung in differentialdiagnostischer Hinsicht in zahlreichen Fällen in eine große Verlegenheit setzen kann und uns oft an einer Diagnose zweifeln lassen wird, die wir vordem für ausreichend begründet halten mochten. Ich kann aber auch hierin keinen Nachteil der Methoden erblicken. Ihre Anwendung wird uns vielmehr in manchen Fällen auf Gesichtspunkte aufmerksam machen, die wir sonst vielleicht nicht in Betracht gezogen haben würden; sie wird uns gewiß zu einer ganz besonders sorgfältigen Analyse des beobachteten Krankheitsbildes auffordern und manchmal wohl auch nicht ohne bestimmenden Einfluß auf unser therapeutisches Handeln bleiben. Sie wird uns beispielsweise in einem zweifelhaften Fall von Hirntumor veranlassen, den eventuellen Erfolg einer spezifischen Behandlung abzuwarten, bevor wir uns etwa zu einer palliativen Trepanation entschließen.

Ich verkenne die außerordentlichen Schwierigkeiten nicht, die in der Beurteilung des Ergebnisses der geschilderten Methoden liegen. Methodologische Schwierigkeiten werden uns aber niemals abschrecken. Sie dürfen uns auch nicht abhalten, den diagnostischen Wert der einzelnen Methoden zur Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit und des Blutes unserer Nervenkranken ohne Voreingenommenheit weiter zu prüfen, und namentlich, wenn dies an einem großen Materiale hinsichtlich der klinischen Diagnose auch durch die anatomische Kontrolle sichergestellter Fälle geschehen sein wird, mag es uns vielleicht gelingen, einwandfreie, auch für die Differentialdiagnose der Hirnlues verwertbare Resultate zu gewinnen.

Diskussion:

Nissl behandelt in längeren Ausführungen die anatomische Differentialdiagnose der Hirnlues.

Schulz dankt Nissl für die Erwähnung einer von ihm vor 10 Jahren publizierten Arbeit.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hoche: Der Herr Referent hat nur einen Teil der Frage, um die es sich hier handelt, erörtert und gerade den nicht gestreift, in dem uns praktisch die größten Schwierigkeiten erwachsen, nämlich die Differentialdiagnose zwischen progressiver Paralyse und Hirnlues und arteriosklerotischer Demenz. Gerade für die Abgrenzung der Paralyse gegen die Hirnsyphilis haben wir von der Wassermannschen Reaktion wenig zu erwarten. Nach wie vor wird es im wesentlichen eine Frage der therapeutisch-diagnostischen Differenzierung durch Erfolg oder Nichterfolg einer spezifischen Kur bleiben. Wir sind für diese Differentialdiagnose angesichts eines gegebenen Falles namentlich darum schlimm daran, weil auch die Ergebnisse der Pupillarprüfung uns keine sichere Handhabe geben in den Fällen, in denen absolute Pupillenstarre besteht, die sowohl bei Hirnlues wie bei Paralyse vorhanden sein kann. Eine differentialdiagnostische Hilfe bietet die Wassermannsche Reaktion bezüglich der Abgrenzung der neurasthenischen, traumatischen und alkoholistischen Pseudobilder von Paralyse. Daß übrigens auch die Prüfung der Lymphozytose nur mit Vorbehalt zu verwerten ist, hat uns vor kurzem ein Fall von progressiver Paralyse gezeigt, bei dem die Lymphozytose trotz ausgesprochener psychischer Erscheinungen fehlte und erst dann einsetzte, als auch klinische spinale Erscheinungen deutlich wurden. In Summa besitzen wir also in den neueren chemischen, biologischen und mikroskopischen Reaktionen wohl ein diagnostisches Hilfsmittel mehr; nach wie vor bleiben wir aber darauf angewiesen, den Hauptnachdruck auf unsere übrigen klinischen Methoden zu legen.

Apelt: Auf Grund der an der Nonneschen Abteilung mit Dr. Nonne gemeinsam vorgenommenen Liquoruntersuchungen glaubt Apelt berechtigt zu sein, darauf hinzuweisen, daß noch in folgenden Leiden die Phase 1 gegen die Lues cerebri differentialdiagnostisch verwertbar sei: bei Status hemiepilepticus idiopathicus und vielleicht auch symptomaticus. So kam ein Patient zur Sektion, der vor zwölf Jahren eine Basisfraktur erlitten hatte, inzwischen gesund gewesen war und an einem plötzlich einsetzenden Status hemiepilepticus zugrunde gegangen war. Es fand sich eine alte mit Dura und Hirn verwachsene Narbe. Phase 1 und Lymphozytose waren negativ.

Stets negativ war Phase 1 auch bei Urämie, Enzephalomalazie und rachitischem Hydrozephalus. Bei Urämie und rachitischer Hydrozephalus war es auch die Lymphozytose. Beide Reaktionen könnten hier daher Nutzen in der Differentialdiagnose stiften.

Bei den bisher beobachteten und durch Sektion gekommenen zwei Fällen von Pseudotumor cerebri (Nonne) fand sich jedesmal stark positive Lymphozytose und positive Phase 1; auffallend war in einem der Fälle das Auftreten eines Netzes bei absolut negativem Bazillenbefund. Beide Reaktionen versagen daher leider hier bei der Klärung der Diagnose. (Autoreferat.)

Knoblauch betont in seinem Schlußwort, daß das deprimierende Resultat, das Hoche für die chemisch-serologische Seite der heute behandelten Frage festgestellt habe, leider ebensosehr für ihre klinische und für ihre anatomische Seite Geltung habe. Es sei also nach allen Richtungen hin noch reichliche Arbeit zu leisten.

Bing (Basel) demonstriert einen transportabeln Induktionsapparat, den ihm der Elektrotechniker Brändli konstruiert hat, und der sich, bei guter Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit, durch größte Kompendiosität und Ein-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fachheit in der Handhabung auszeichnet. Stromerzeuger, Spule, elektromagnetischer Stromunterbrecher und Stromregulator sind in einer Metallröhre von 18 : 3 cm untergebracht, die gleichzeitig als Elektrodenhalter dient, und an welcher durch Druckknopf und Schieber der Strom eingeschaltet und sistiert, verstärkt und abgeschwächt werden kann. Trotz der Kleinheit des Apparates ist eine ausreichende Intensität teils durch die Verwendung einer Extrakurrentspule von 1000 Windungen erzielt worden, die derart angelegt sind, daß sie das Maximum von Selbstinduktion ergeben, teils durch die besondere Konstruktion der beiden Trockenelemente (Verwendung von Graphitkohle und amalgamiertem Zink, exakte Zentrierung). Mit seinem Behälter und seinen sechs verschiedenen Elektroden und sonstigen Ansätzen wiegt der Apparat nur 700 gr.

Diskussion:

Laquer knüpft an eine Bemerkung des Vortragenden an und betont, daß allzu schmerzhafte Reize auch bei hysterischen Kranken vermieden werden sollten.

Bing schließt sich dieser Ansicht Laquers durchaus an.

W. Trendelenburg und O. Bumke: Experimentelle Untersuchungen über die zentralen Wege der Pupillenfasern des Sympathikus. (Eigenbericht.)

Da die zentralen mit den Ursprungszentren des Sympathikus in Verbindung stehenden Teile noch nicht genügend bekannt sind, unternahmen wir eine Reihe der Aufklärung dieser Beziehungen gewidmeter Versuche, indem wir dabei hauptsächlich, neben rein physiologischen Gesichtspunkten, das Interesse im Auge hatten, welches die Diagnostik an einer Erweiterung der Kenntnisse haben muß. Unsere Untersuchungen betreffen in erster Linie halbseitige Durchschneidungen des Halsmarks und der Medulla oberhalb des Budgeschen Ursprungszentrums des Halssympathikus. Danach erfolgt bei den untersuchten Tieren (Katzen, Hunden und Affen) eine mehrere Wochen andauernde Pupillendifferenz, derart, daß die gleichseitige Pupille kleiner ist. Nach vorausgehender Sympathikusexstirpation oder Entfernung seines obersten Halsganglions bleibt die Differenz nach Markschnitt aus; anderseits heben die genannten Zusatzoperationen die durch den Markschnitt gesetzte Differenz auf, wenn sie nachträglich ausgeführt werden. Der allmählich erfolgende Ausgleich der Differenz kann nicht dadurch erklärt werden, daß lediglich eine Reizwirkung des Schnittes vorliegt; denn unmittelbar nach demselben kann die umgekehrte Differenz, infolge eines schnell abklingenden Reizes, vorhanden sein. Auch sprechen die Dauer der Erscheinung sowie die Erfolge der elektrischen Halsmarkreizung gegen diese Ansicht. Wegen weiterer Möglichkeiten und Versuche zur Erklärung des allmählichen Ausgleichs der Pupillendifferenz ist auf die demnächst erscheinende ausführliche Mitteilung zu verweisen. Die wahrscheinlichste Annahme geht dahin, daß von den höheren Hirnteilen dauernd Erregungen zu den gleichseitigen Ursprungszentren des Halssympathikus fließen, deren einseitige Aufhebung Verengerung der gleichseitigen Pupille bewirkt. Die Herkunft dieser Erregungen läßt sich aus verschiedenen Gründen nicht vollständig ermitteln. Jedenfalls ist die Großhirnrinde nicht wesentlich beteiligt. Allerdings tritt nach einseitiger Entfernung des Großhirnmantels eine geringe Verengerung der gleichseitigen Pupille ein, die aber geringer ist, wie bei Markdurchschneidung. Besonders

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aber wurde festgestellt, daß nach totaler Entfernung beider Großhirnhemisphären (bei der Katze) durch nachfolgende halbseitige Markdurchschneidung in Atlashöhe wiederum eine beträchtliche Pupillendifferenz eintrat, die noch mehrere Wochen beobachtet werden konnte.

Diskussion:

Bartels fragt, in welchen Höhen die Schnitte geführt wurden.

Trendelenburg antwortet: bis zur Mitte der Rautengrube,

Ewald bittet um Auskunft darüber, ob die von den Vortragenden beobachtete Pupillendifferenz gelegentlich auch einmal ausgeblieben sei. Er, Ewald, habe diese Beobachtung ausnahmsweise machen können.

Trendelenburg verneint diese Frage.

Kohnstamm erinnert an klinische (und anatomische) Befunde, die den von den Vortr. experimentell erzeugten analog sind.

Edinger fragt, ob die Vortr. versucht hätten, die Pupillenbewegungen an den operierten Tieren mit Hilfe pharmakologischer Präparate zu untersuchen.

Trendelenburg führt an, daß das in der Mehrzahl der Fälle aus bestimmten Gründen nicht geschehen sei.

Volhard berichtet über einige hierher gehörige klinische Fälle.

Wilmanns: Die klinische Stellung der Paranoia.

Der Vortragende kommt in seinen Ausführungen zu dem Schlusse, daß der Querulantenwahnsinn und ein Teil der akuten Paranoia Kraepelins nicht analoge, aus inneren Ursachen heraus sich entwickelnde geistige Störungen, von unter allen Umständen progredientem Charakter, nicht Erkrankungen im engeren Sinne, d. h. nicht die Äußerungen einer organischen Hirnerkrankung sind, sondern vielmehr die auf ein mehr oder weniger affektbetontes Erlebnis hin sich vollziehenden krankhaften Entwicklungen einer bestimmten degenerativen Anlage.

(Autoreferat.)

Merzbacher: Über richtige und scheinbare Gliasarkome.

Der Vortragende warnt zur Vorsicht bei der anatomischen Diagnose der Gliasarkome. Er hatte Gelegenheit, ein sogenanntes Gliasarkom zu untersuchen, das über die Genese mancher Formen dieser Mischgeschwülste wertvolle Auskunft zu geben scheint. Es handelt sich um das Gehirn eines jungen Mannes, der $3^1/_2$ Jahre vor seinem Tode ein schweres Kopftrauma erlitten hat. Ein Jahr nach dem Unfall stellten sich epileptische Krämpfe ein, nach $2^1/_2$ Jahren Tumorerscheinungen. Bei der Sektion findet sich ein mächtiger Tumor in der einen Hemisphäre und eine Reihe kleiner Erweichungen posttraumatischen Ursprunges. Der Tumor setzt sich, wie die makroskopische Untersuchung belehrt und die mikroskopische bestätigt, aus zwei histologisch völlig verschiedenen Tumoren zusammen: aus einem Sarkom und einem mächtigen Gliom. Das Gliom umgibt aufs engste das zentral gelegene Sarkom, das von der Pia seinen Ursprung nimmt; dabei bleiben beide Tumoren histologisch voneinander getrennt. Um die Erweichungen herum finden sich wieder dieselben Gliombildungen. Offenbar haben hier zwei verschiedene Reize, nämlich das Sarkom als primärer Tumor und die traumatische Erweichung, an ganz verschiedenen Stellen eine gleichartige geschwulstmäßige reaktive Gliawucherung hervorgerufen. Sarkom und Gliom sind sich hier subordiniert; man kann im vorliegenden Falle

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht von einem Gliasarkom, sondern nur von einem Gliom nach Sarkom oder von einem reaktiven Gliom sprechen. — Auch zur Klärung der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Trauma und Tumor bringt der Fall einen bemerkenswerten Beitrag. — Eine ausführliche Mitteilung soll an anderer Stelle erfolgen. (Autoreferat.)

v. Grützner (Tübingen) bespricht und zeigt zwei kleine Apparate, welche sich auf Eigenschaften des Blutfarbstoffes beziehen und zwar 1. ein kleines, geradsichtiges Spektroskop, in welchem durch Einsetzung des Albrechtschen Würfels (dessen Wirkung an einem Modell vorgewiesen wurde) zwischen Blutlösung und Spalt zwei Spektra ganz dicht übereinander entworfen werden können, so daß sie sich berühren, obwohl in Wirklichkeit zwischen den beiden Blutmischungen ein Zwischenraum von mehreren Millimetern sich befindet. Auf diese Weise ist es leicht möglich, zwei verschiedene Blutspektra, z. B. dasjenige des Sauerstoff- und dasjenige des Kohlenoxydhämoglobins, auf das genaueste zu vergleichen. Der Apparat rührt von Bürker her und ist beschrieben in M. Gildemeisters Zeitschrift für biologische Technik und Methodik, Bd. 1, S. 144, 1908. 2. zeigt er seinen Keilhämometer vor, der darauf beruht, daß verdünntes Blut in einem keilförmigen Gefäß mit einem rötlichgelben Glas von bestimmter Farbe verglichen wird. Je nachdem eine dickere oder dünnere Blutschicht mit dem Glase verglichen wird, erscheint natürlich das Glas dunkler oder heller als das Blut. Durch Bewegung eines durchlöcherten Schiebers entlang der vorderen Seite des Keils ist es nun möglich, eine bestimmte Dicke der Blutschicht zu finden, deren Farbe genau derjenigen des Glases gleich ist. Je dicker diese Schicht ist, um so ärmer ist das Blut an Hämoglobin; je dünner sie ist, um so reicher ist das Blut daran. Den Hämoglobingehalt des Blutes kann man unmittelbar an dem Apparate ablesen, wenn man den Gehalt des normalen Blutes = 100 setzt. Es genügt ein Tropfen Blutes aus der Fingerspitze, um die Probe zu machen. Die erste Form des Apparates findet sich beschrieben in der Münchener med. Wochenschrift 1905, No. 32.

Pfersdorff (Straßburg): Über Katamnesen der Dementia praecox.

Vortragender bespricht die Verlaufsarten von 150 Fällen von Dementia praecox, die bis zum Jahre 1905 in der Straßburger Klinik behandelt wurden und deren Katamnese 1909 durch persönliche Untersuchung der Kranken aufgenommen wurde.

Vortr. führt näheres über diejenigen Verlaufsarten aus, welche in ihrer Symptomatologie zahlreiche Berührungspunkte mit dem manisch-depressiven Irresein darbieten. Und zwar ist es vor allem die Periodizität des Verlaufes, welche die in Betracht kommenden Formen charakterisiert. Der Defekt in der Remission pflegt kein maximaler zu sein, wenn auch in der Mehrzahl der Fälle Arbeitsunfähigkeit besteht; jedoch ist ein progressives Fortschreiten der Demenz bemerkbar.

Diese periodischen Verlaufsarten lassen sich in folgende Gruppen einteilen:

1. Die akute Erkrankung stellt ein manisches Zustandsbild dar mit starker Affektproduktion, jedoch ist der Stimmungsumschlag selten; die sprachlichen Äußerungen sind ausgezeichnet durch das stereotype Auftreten neugebildeter Reihen von Substantiven; nach dem zweiten Anfall pflegt eine ziemlich tiefe Verblödung einzutreten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Die akute Erkrankung verläuft unter dem Bilde der Depression mit monotoner Affektäußerung, zahlreichen depressiven Sinnestäuschungen und depressiver Eigenbeziehung. Auch vereinzelte intestinale Wahnideen finden sich. In der Remission besteht hohe Ermüdbarkeit und Neigung zu depressiven Stimmungsschwankungen.

Bei manchen Fällen dieser Gruppe geht die Depression mit der Ausbildung eines physikalischen Verfolgungswahns einher, jedoch ohne Präzisierung der Verfolger usw.

3. Das periodische Zustandsbild stellt einen Zustand von Gebundenheit dar mit Andeutung von Verschrobenheit.

4. Die akute Psychose ist ausgezeichnet durch läppischen Stimmungswechsel. Es treten anfallsweise heftige Erregungszustände auf, in denen die Kranken maßlos schimpfen. In der Remission besteht nur selten Arbeitsfähigkeit. In der Erregung kann die Sprechweise sich leicht verschroben gestalten.

5. Die akute Psychose ist ausgezeichnet durch leichte motorische Erregung mit umschreibendem Satzbau und gezierter Sprechweise mit Wahl absonderlicher Ausdrücke. In der Remission sind die Kranken leicht verschroben, arbeiten nicht.

6. Die akute Psychose stellt sich dar als starke motorische Erregung ohne Beteiligung des Affektes. Die Kranken produzieren anfallsweise vollständigen Wortsalat. Die der Mitteilung dienenden sprachlichen Äußerungen sind korrekt und sinngemäß. In der Remission besteht Arbeitsfähigkeit.

Von diesen Gruppen dürfte die erste, die im akuten Zustandsbild sehr der zirkulären Manie ähnelt, wohl dem Verlaufe nach derjenigen Form der Dementia praecox zuzuzählen sein, bei der nach 4—5jähriger Remission nach dem zweiten Anfall tiefe Verblödung auftritt. Sie dürfte deshalb, diese erste Gruppe, nicht so sehr als „periodisch" bezeichnet werden, wie die folgenden Gruppen.

In den folgenden Gruppen kann ein Zusammenhang zwischen den Symptomen des Rezidivs und denjenigen der Remission festgestellt werden, insofern als im Zustandsbild des Rezidivs die Symptome der Remission sich wiederfinden, nur in größerer Häufigkeit und stärkerer Ausprägung. Es ist dies ein Berührungspunkt mehr mit dem manisch-depressiven Irresein. Die progressive Demenz tritt jedoch als wesentliches Unterscheidungsmerkmal hinzu, ganz abgesehen davon, daß der Zustand in unsern Fällen nicht angeboren, sondern erworben ist. Differentialdiagnostisch ist ferner wichtig die Tatsache, daß die periodisch verstärkt auftretenden Krankheitserscheinungen eine andere Gruppierung zeigen wie im manisch-depressiven Irresein, und wirkliche diagnostische Schwierigkeiten bieten nur diejenigen Fälle, in denen die Beurteilung der Affektstärke wesentlich in Betracht kommt. Interessant ist vor allem die in jeder der Gruppen verschiedenartig sich gestaltende Form der Sprachstörung, auf die wir an anderer Stelle ausführlich zurückkommen werden. Als wesentliches Merkmal dieser periodischen Formen ist wie gesagt hervorzuheben, daß der Zusammenhang zwischen akutem periodischem Zustandsbild und der Remission sich verfolgen läßt.

A. Jakob (Straßburg): Zur Klinik und pathologischen Anatomie der „Kreislaufspsychose".

Mit der Bezeichnung „Kreislaufspsychose" faßt Vortragender jene psychischen Veränderungen zusammen, deren Ätiologie gegeben ist in allgemeinen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mechanischen Kreislaufsstörungen. Im Gegensatz zu den bisherigen Autoren, die alle von den Erkrankungen des Herzens als solchem ausgingen, betont Vortr. die Zirkulationsstörungen und benutzt die Herzerkrankungen für seine Untersuchungen nur, insofern sie ihm die ätiologisch einfachsten und reinsten Kreislaufsstörungen garantieren.

Schon bei gewöhnlichen Herzfehlern ohne deutliche Dekompensationserscheinungen konnte Vortr. Störungen der Gefühlssphäre, der Merkfähigkeit wie rasche geistige Ermüdung feststellen neben anderen zerebralen Symptomen, wie Schwindelanfälle, häufiges Gähnen, Ohnmachten usw.

Dieser Befund ist sehr interessant bez. der Art der psychischen Erscheinungen, die Vortr. in neun Fällen — chronische Herzerkrankungen mit sehr verschieden hochgradigen Kompensationsstörungen — konstatieren konnte.

Im Vordergrunde der Erscheinungen stehen die deliriösen Erregungszustände auf psycho-motorischem Gebiete, verbunden mit starkem Affekt und zahlreichen Halluzinationen aller Art. Das Bewußtsein ist in allen Fällen mehr oder weniger, meist jedoch bei völliger Desorientierung sehr hochgradig und lange Zeit hindurch getrübt. Störungen der Merkfähigkeit, Verlust des Gedächtnisses für die letzte Zeit, Schwerfälligkeit im Gedankenablauf wie rasche geistige Ermüdung sind bemerkenswert. Die Stimmungslage ist zumeist eine depressiv ängstliche, entsprechend der präkordial oder peritoneal ausgelösten Angstempfindung oder auch intrapsychisch durch die Wahnideen bedingt. Die gesteigerte gemütliche Erregbarkeit führt zu „impulsiven" Handlungen; gerade diese „Impulsionen" sind sehr charakteristisch für die Kreislaufspsychose und können starke Suizidgefahr bedingen.

Im Verlaufe zeigen diese psychischen Störungen große Schwankungen, die mit denen der Kreislaufsstörungen Hand in Hand zu gehen pflegen. Im Anfange — ja in manchen Fällen überhaupt nur — treten sie zur Nachtzeit auf; bei zunehmender Schwere der körperlichen Störungen werden die deliriösen Erregungszustände häufiger; starke Remissionen sind dabei sehr auffallend.

Der anatomische Befund — in 5 Fällen an der Großhirnrinde erhoben — zeigt große Ähnlichkeit; trotzdem sieht Vortr. in ihm keine allein spezifische Veränderung für die Kreislaufspsychose, vielmehr nur den Ausdruck der durch die Zirkulationsstörung gesetzten Schädigung in der Großhirnrinde.

Die pathologischen Veränderungen lokalisieren sich an den Gefäßen, Ganglienzellen, Gliazellen und intrazellulären Neurofibrillen.

In der Hauptsache handelt es sich dabei um bei normalen Gefäßen gegen die Rindenoberfläche hin zunehmende venöse Stauung bei arterieller Anämie; Blutaustritte, namentlich im Vorderhirn; Rundzellenvermehrung.

An den Ganglienzellen greift der pathologische Prozeß vornehmlich das Protoplasma an: Verwaschenheit der Zeichnung, zentrale Chromatolyse, staubförmiger Zerfall der Chromatinschollen und Ersatz des Chromatins durch gelbbraunes Pigment, das sich mit Osmium schwarz beschlägt. In anderen Zellen erscheint der Zelleib wie verdorrt mit vereinzelter Vakuolenbildung. Der Zellkern verhält sich diesen Veränderungen am Protoplasma gegenüber äußerst resistent.

Um die Ganglienzellen findet sich eine auffällige Vermehrung der Gliabegleitzellen mit deutlicher Beeinflussung der äußeren Form der Hauptzelle. Die Gliazellen zeigen pro- und regressive Veränderungen, häufige Rasenbildung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Entsprechend dem Nissl-Bilde zeigen die intrazellulären Neurofibrillen körnigen Zerfall und Verklumpung in den Fortsätzen.

(Vortr. demonstriert hierzu die betreffenden Zeichnungen.)

All diese Veränderungen lokalisieren sich nur in geringem Grade an den großen Zellementen der Hauptschicht, befallen vielmehr die dort liegenden kleineren Zellelemente, nehmen gradweise gegen die Oberfläche hin zu und sind am meisten ausgesprochen in der zweiten Rindenschicht.

Zum Schlusse betont Vortr., daß sich kein Parallelismus feststellen ließ zwischen der Intensität der psychischen Erscheinungen und der Schwere des anatomischen Ausfalls, daß sicher kein Parallelismus bestand zwischen der Intensität der psychischen Störungen und der Größe der peripheren Dekompensationserscheinungen. Vortr. verweist auf seine demnächst im Drucke erscheinende Arbeit, die die Verhältnisse näher erläutert.

Diskussion:

Homburger (Heidelberg) betont, man müsse bei diesen psychischen Störungen die Reaktion einer primär nicht richtigen und primär richtigen Psyche auf die Zirkulationsstörungen unterscheiden; ferner weist er auf Fälle hin, die erst bei Einsetzen einer starken Diurese die psychischen Veränderungen zeigen.

Kohnstamm (Königstein i. T.) erwähnt eine interessante Arbeit von Head über die Psyche Herzkranker.

Merzbacher (Tübingen) berichtet über einen Fall, der den obigen Ausführungen entsprechende Züge im klinischen Bilde zeigte und erwähnt die reiche Fettinfiltration der zelligen Elemente in der Großhirnrinde, die er in diesem Falle nachweisen konnte.

Friedmann (Mannheim) gibt an, in einigen Fällen hochgradige Somnolenz und Apathie bei völliger Orientierung beobachtet zu haben.

Gerhard (Basel) spricht ebenfalls von solchen, mit starker Apathie verlaufenden Beobachtungen und erwähnt die Intoxikation als ätiologisches Moment.

Jakob (Schlußwort) erwidert, daß man auch bei diesen Störungen ohne „Prädisposition“ nicht auskomme; weist auf die mit Osmium gefundene starke Fetteinlagerung der zelligen Elemente hin und erwähnt die Beobachtung, daß subfinal die Erregungszustände seltener werden und dadurch ein apathisches Wesen auffällig wird, während sonst die starke Affektbetonung als charakteristisch für diese Art der psychischen Störungen angesehen werden kann. Zum Schlusse verweist er auf einen von Eichhorst veröffentlichten Fall, der erst bei starker Diurese die psychischen Veränderungen zeigte, und den dieser Autor als „toxämisches Delir“ auffaßt.

Quincke (Frankfurt a. M.) berichtet über einen Fall von Hydrozephalus bei einem 6jährigen Knaben, welcher, bis vor einem halben Jahre symptomlos geblieben, zu Gehstörungen, Kopfschmerzen und Erbrechen geführt hatte. Der Knabe starb plötzlich, unter primärem Sistieren der Herzaktion, eines Morgens, nachdem er von der Schwester gewaschen und wieder ins Bett gelegt war. Bei der Sektion fand sich die Unterfläche des Kleinhirns gegen das Foramen magnum gepreßt, die Pupillen nach unten verlängert und eine tiefe Impression an der Vorderfläche der Medulla oblongata. Diese war bedingt durch den Processus odontoides des Epistropheus, welcher wegen Lockerheit seines Bandapparates nach hinten abnorm beweglich war. Der Druck dürfte in mäßigem Grade länger bestanden und durch eine zufällige Stellungsänderung des Kopfes

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den plötzlichen Tod verursacht haben. — Bei Sektionen findet man große individuelle Verschiedenheiten in der Dehnbarkeit der Membrana tectoria; die Verschiebung des Zahnes kann daher vermutlich auch bei Erwachsenen gelegentlich zur Ursache plötzlichen Todes werden. (Vgl. die Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 36, S. 363.)

Leopold Auerbach (Frankfurt a. M.): Histologische Demonstration von physikalischen Veränderungen am narkotisierten Nerven.

Nachdem der Vortragende den heutigen Stand der Frage nach dem Wesen der Narkose kurz erörtert und die allgemeinen biologischen Ergebnisse der Forschung Overtons und Hans Meyers sowie die speziell auf die Narkose des nervösen Gewebes bezüglichen Ansichten Bethe's, Höber's und Mayr's berührt hat, wendet er sich seinen eigenen Untersuchungen zu, die er durch Vorführung von Abbildungen sowie durch Demonstration an Präparaten erläutert. Während Bethe wie Höber nur auf einem Umwege Veränderungen, in welchen sie den Grund für die Narkose erblickten, nachzuweisen vermochten, ist es A. gelungen, an dem Achsenzylinder des narkotisierten Ischiadikus vom Frosch Verschiedenheiten der Struktur direkt zu beobachten. Zur Anwendung gelangte Toluidinblaufärbung nach Härtung in sehr niedrig temperiertem Alkohol, wobei der fibrilläre Bau des Achsenzylinders erhalten bleibt (Bethe).

Daß in diesem schon intra vitam eine fibrilläre Streifung zutage tritt, lehrt die ultramikroskopische Betrachtung. Trotzdem sind die unter noch so günstigen Verhältnissen fixierten Fasern als Äquivalentbilder zu beurteilen, und man kann zunächst wohl nur das eine mit Sicherheit darüber aussagen, daß mit der Narkose physikalische Zustandsänderungen Hand in Hand gehen. Die weitere Frage, ob dabei eine primäre Schrumpfung statthat oder umgekehrt eine Lockerung, die erst bei der Fixation eben wegen der größeren Zartheit des Gewebes zu einer stärkeren Schrumpfung führt, ist nicht so einfach zu entscheiden. Außerdem dürfte hier überhaupt nicht ausschließlich eine Konsistenzänderung der kollodialen Masse, sei es nun im Sinne einer Koagulation, sei es einer Verflüssigung, eine Rolle spielen, vielmehr sind wohl auch davon unabhängige Änderungen in der Oberflächenspannung, die ihrerseits zu einer Verklebung der fibrillären Strukturen führen, bei der Erklärung zu berücksichtigen.

Bei dem mittels Chloroform bis zum vollständigen Verluste der Erregbarkeit narkotisierten Nerven präsentiert sich der Achsenzylinder als ein dünnerer Strang, der zwar keine fibrilläre Zeichnung mehr zeigt, aber doch nicht ganz gleichmäßig erscheint, indem sich in ihm lichte, meist mehr zentral gelegene Partien und stellenweise auch schollige Bildungen finden. Bei der Narkose durch Chloralhydrat, Äthyl- oder Phenylurethan, die längere Zeit erfordert und bei der daher die Wirkung der Ringerschen Lösung resp. der physiologischen Kochsalzlösung mit der Wirkung des Narkotikums zusammenfällt, sieht man gleichfalls vielfach analog veränderte Achsenzylinder; daneben ist aber eine stärkere Auflösung der Achsenzylinder als im Kontrollpräparat nicht zu verkennen. Die Beurteilung ist erschwert, weil im letzteren an und für sich schon, interessanterweise bei trefflich erhaltener Erregbarkeit, eine weitgehende Auflösung der Achsenzylinder auftritt und zahlreiche Fasern eine Reduktion oder einen völligen Schwund der Fibrillen erfahren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Vortragende möchte zum Schlusse darauf hinweisen, daß auch für die pathologische Anatomie des Zentralnervensystems der Versuch, an Stelle des vagen Begriffes molekularer Veränderungen den Nachweis physikalischer Zustandsänderungen zu setzen, nicht absolut aussichtslos erscheint.

Dr. R. Link (Pforzheim-Freiburg): Über Hypophysis-Diabetes.

Nach einigen Bemerkungen über das häufige Zusammenvorkommen von Akromegalie und Diabetes erwähnt Vortr. die Mitteilung Hocheneggs (Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1908), dem es gelungen ist, durch Exstirpation eines Hypophysisadenoms eine Akromegalie zu heilen. H. hält danach mit Recht den ursächlichen Zusammenhang zwischen Hypophysistumor und Akromegalie für erwiesen; er nimmt eine Hyperfunktion der Hypophysis als Ursache an.

Vortr. berichtet über einen Fall von isoliertem Hypophysistumor mit Diabetes ohne Akromegalie. Ein solcher ist bisher (Borchardt, Münchener Med. Wochenschrift 1908, No. 51, Refr.) noch nicht beobachtet, da die Mitteilungen vor 1886 — Aufstellung des Krankheitsbildes der Akromegalie durch Pierre Marie — nicht haben verwertet werden können.

T., 30 Jahre, Verkäuferin, ledig. Vor 4 Jahren schon vorübergehend bei starker Furunkulose Zucker konstatiert. Kam vor ca. einem halben Jahre in augenärztliche Behandlung (Dr. Brinkmann) wegen Abnahme des Sehvermögens. Geringe Herabsetzung der Sehschärfe ohne ophthalmoskopischen Befund. Nach ca. 3 Monaten Zucker konstatiert; allmähliche Abnahme des Sehvermögens unter Auftreten einer Stauungspapille, dann Atrophie des Optikus und linksseitige temporale Einengung der auch sonst verkleinerten Gesichtsfelder. Anfangs Februar, als Vortr. die Patientin zum erstenmal sah, Kopfschmerzen, keinerlei Herderscheinungen von seiten des Gehirns, speziell des Kleinhirns; fast vollständige Amaurose und Optikusatrophie im Gefolge von Stauungspapille. Menses zessiert, ohne sonstigen Grund, seit 6 Monaten. Keine Struma. 2 % Zucker. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Tumor der Hypophysis, besonders im Hinblick auf die Amenorrhoe, auf deren Bedeutung bei Basistumoren u. a. Axenfeld an dieser Stelle 1903 aufmerksam gemacht hat.

Trotz kohlehydratfreier Diät ließ sich die Zuckerausscheidung, die mit starker Polyurie einherging, nicht beeinflussen; bei häufigen Untersuchungen schwankte der Zuckergehalt zwischen 2 und 3,4 %. Schließlich Azetessigsäure, Delirien; Karbunkel am Arm. Anfang März Exitus letalis.

P. m. Isolierter weicher roter Tumor der Hypophysis, $20 \times 20 \times 30$ mm groß, der das Chiasma und die Un. optici plattgedrückt hat. Mikroskopisch: Zartes Bindegewebsgerüst mit mehreren verschiedenartigen Zellreihen besetzt: Karzinom mit peritheliomähnlichen Bildern (Prof. Aschoff). Sonst parachymatöse Nephritis. Mikroskopisch Nebennieren, Pankreas (außer etwas Lipomatose) und Ovarien normal. Leber enthält in den Randteilen der Läppchen viel Glykogen.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Akromegalie, Hypophysistumor und Diabetes ist die Annahme eines bloß zufälligen Zusammentreffens wohl abzulehnen, ebenso die einer reinen Druckwirkung des Tumors auf ein Zentrum im vierten Ventrikel. Die Ansicht Strümpells, wonach Akromegalie und Diabetes koordinierte Erscheinungen einer Konstitutionsanomalie seien, dürfte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch Hocheneggs therapeutischen Erfolg betreffs der Akromegalie wohl widerlegt sein. — Findet man, wie Hansemann und Dallemagne in je einem Fall, bindegewebige Veränderungen im Pankreas — die Hansemann auch in anderen Organen bei Akromegalie konstatierte —, so ist der Diabetes nach Naunyn wohl auf diese Pankreasveränderungen zu beziehen, bei der dominierenden Stellung des Pankreas im Kohlehydratstoffwechsel. Ist dagegen das Pankreas mikroskopisch normal, wie bei Benda in zwei Fällen und im vorliegenden, dann ist mit Sicherheit der Diabetes auf den Hypophysistumor zu beziehen. — Eine Hyperfunktion der Hypophysis als Ursache nimmt Borchardt an auf Grund seiner Experimente, wonach er bei Kaninchen, nur ausnahmsweise bei Hunden, durch Injektion von Verreibungen der Hypophysis von Menschen und Pferden Ausscheidung von Zucker — bis zu 4,2 % bei Kaninchen —, hervorrufen konnte.

Der Verlauf der — sonst mit Akromegalie komplizierten — Fälle von Hypophysistumor und Diabetes gestaltet sich teils wie ein gewöhnlicher Diabetes, z. B. der sehr lange beobachtete Fall Strümpells, teils zeigt er, worauf verschiedene Autoren hinweisen, sprunghafte, unerklärliche Eigentümlichkeiten (neurogene Komponente? v. Noorden). Unter vier Akromegaliefällen mit Diabetes hatte z. B. v. Noorden je zwei der ersten und der zweiten Verlaufsart. Im vorliegenden Fall verhielt sich die Zuckerausscheidung völlig refraktär gegenüber der Kohlehydratentziehung.

Therapeutisch käme vielleicht in Zukunft eine Exspiration des Hypophysistumors in Betracht, wenn auch natürlich gerade der Diabetes eine solche Operation noch mehr erschweren würde. (Autoreferat.)

Edinger berichtet über die Hirnventrikel beim Menschen nach Untersuchungen, die Haeberlein in seinem Institut vorgenommen hat. Es scheint, als lägen die Wände des Unter- und Hinterhorns in normalem Zustand fast überall dicht aufeinander. Haebrlin hat an in dem Schädel befindlichen Gehirnen die Ventrikel mit Wismut und Bleilösung gefüllt und Röntgenaufnahmen gemacht, die durchaus in diesem Sinne sprechen.

Die Arbeit ist erschienen im Archiv für Anatomie und Physiologie, Anat. Abteilung.

III. Bibliographie.

Ludwig Edinger: Einführung in die Lehre vom Bau und den Verrichtungen des Nervensystems. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1909, 190 S., Preis M. 6.

Ein mit 161 guten Abbildungen und einer Tafel ausgestatteter Leitfaden der Gehirn- und Rückenmarksanatomie, der in 15 Vorlesungen das Wichtigste über die grobe und die mikroskopische Anatomie des Nervensystems darlegt. Edinger's anregende Art der Darstellung ist bekannt, wir finden sie auch in dem vorliegenden kleinen Buche, das jedem zu empfehlen ist, der sich auf dem behandelten Gebiete orientieren will und nicht die Zeit hat, sich in das große

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Buch des gleichen Autors (Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane, zwei Bände) zu vertiefen. Gaupp.

Eduard Claparède: Psychologie de l'Enfant et Pédagogie experimentale. Genf 1909, Librairie Kündig.

Eine aus Aufsätzen sich zusammensetzende Kinderpsychologie des Genfer Psychologen, die dem von mir herausgegebenen Büchlein, das der Verf. offenbar nicht kennt, in vieler Beziehung ähnlich ist. Es hat fünf Kapitel, denen eine Einleitung über Psychologie und Pädagogik vorausgeht. Das erste Kapitel gibt eine kurze historische Darlegung der Entwicklung der Kinderpsychologie. Das zweite erörtert die wichtigsten Probleme der pädagogischen Psychologie, das dritte gibt die Methodenlehre. Das vierte Kapitel, das umfangreichste des Buches, bespricht die Tatsachen der seelischen Entwicklung, während das letzte referierend und Kritik übend die Lehre von der geistigen Ermüdung und ihrer methodischen Messung erläutert. Den einzelnen Kapiteln sind Literaturnachweise beigegeben. Gaupp.

Georg Buschan: Menschenkunde. Naturwissenschaftlicher Wegweiser, Serie B. Bd. 2. Stuttgart, Strecker und Schröder, Preis M. 2, 256 Seiten.

Eine gemeinverständliche Darstellung der allgemeinen und speziellen Anthropologie mit drei Tafeln und 80 Abbildungen. Das Buch ist bei seiner Reichhaltigkeit an genauen Angaben auch für den Neurologen ein wertvolles Nachschlagebuch. Gaupp.

Vorberg: Guy de Maupassant's Krankheit. Wiesbaden, Bergmann, 1908.

Diese Skizze, der schon eine französische Arbeit vorangegangen war (Lacassagne, La folie de Maupassant 1907, Toulouse), die der Verf. nicht gekannt zu haben scheint, macht wohl keinen Anspruch auf psychiatrische Gründlichkeit und ist weit überholt worden von der Pathographie, die Lagriffe über Maupassant veröffentlicht hat (Annales médico-psychologiques, 1908—9). Vorberg's Aufsatz ist nett geschrieben und wird gewiß auch die flüchtige Neugier der Laien befriedigen; aber er nimmt gar zu viele wissenschaftliche Antworten als selbstverständlich und unantastbar, wo doch noch unendlich viel Dunkel über Maupassants Krankheit ruht. Also leider — man muß es immer und immer wieder sagen im Interesse der guten Sache — eine „Pathographie", wie sie eigentlich nicht sein sollte. Wir werden nächstens in einem kritischen Versuch über Maupassant's Psychose noch darauf zurückkommen.

Lange (Tübingen).

Oskar Aronsohn: Erläuterungen zu Ibsen's pathologischen Gestalten. I. Oswald Alving, eine pathologisch-literarische Studie zu Ibsen's „Gespenstern". Halle, C. Marhold, 1909. 39 S.

Diese Broschüre ist außerordentlich klar und mit dialektischer Gewandtheit geschrieben. Der Inhalt erscheint uns psychiatrisch wie literarisch einwandfrei. Jeder Ibsen-Freund wird das Heft gern zur Hand nehmen, und die Bühnen werden es kaum entbehren können: hat doch jahrelang eine solche zusammenfassende Darstellung Alvings wirklich gefehlt.

Man darf gespannt sein, ob die weiteren „Erläuterungen" sich auf derselben Höhe halten werden wie dieser Essay. Lange (Tübingen).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

W. Croner: Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1909. Vierte Auflage, 736 Seiten, M. 12.

Das Buch, das 1902 erstmals erschien, hat binnen kurzer Zeit große Verbreitung gefunden, so daß nunmehr die 4. Auflage vorliegt. Es ist bei seiner Kürze und Übersichtlichkeit auch für den Irrenarzt, der ja auch die körperlichen Leiden seiner Anstaltsinsassen behandeln muß, ein bequemes Nachschlagebuch. Die therapeutischen Anschauungen der Ziehen'schen Klinik geben Kempner für die Neurologie, Kutzinski für die Psychiatrie. Der Fachmann findet hier natürlich im allgemeinen nur Bekanntes. Manchem wird er zustimmen, anderes vielleicht auch anders bewerten. Die Zusammenstellung der wichtigsten diätetischen Kuren durch Croner ist gewiß erwünscht. Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

Pychiatrie und Neurosen.

Vigouroux und Naudascher: Meningite tuberculeuse terminale chez un dément précoce dégéneré héreditaire, porteur d'une lésion ancienne de tuberculose osseuse. (Terminale Meningitis tuberculosa bei einem Fall von Dementia praecox, der Zeichen alter Knochentuberkulose aufwies.)

(Bulletin de la Société clinique de médicine mentale, Bd. II, H. 1, 1909.)

Bei einem hereditär belasteten Individuum traten im 20. Jahre Krampfanfälle, sowie hypochondrische und Verfolgungsideen auf. Jahre früher hatte Pat. eine Knochentuberkulose durchgemacht. Es kamen mehrere fugueartige Zustände, sicher nicht epileptischen Charakters vor. Rasch entwickelte sich Inkohärenz, Stereotypien, gemütliche Indifferenz, intellektuelle Abschwächung Nach einigen Monaten Exitus an allgemeiner Tuberkulose mit Einschluß den Meningen. Verf. glauben auch die Psychose auf die Wirkung von tuberkulöser Toxinen beziehen zu sollen. Allers (München).

Vieux-Pernon: Delire systématisé chez un dégéneré dont la mère est atteinte de delire polymorphe. (Wahnsystem bei einem Degenerierten, dessen Mutter an polymorphen Wahnbildungen leidet.)

(Bulletin de la Société clinique de médicine mentale, Bd. II, H. 1, 1909.)

Krankenvorstellung. Die Mutter zeigt das Zustandsbild der Manie; bei dem Sohne hat sich allmählich ein mystisches Wahnsystem gebildet: ursprünglich an sozialen Fragen interessiert, kam der Kranke zur Erkenntnis, daß er der Messias sei, daß sich die Apokalypse usw. auf ihn beziehen. Er ist ruhig und orientiert. Hat Visionen von Gott u. a. Allers (München).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Briand und Brissot: Un cas d'onychotrichophagie chez une démente melancholique. (Onychotrichophagie bei einer depressiven Dementen.)

(Bulletin de la Société clinique de médicine mentale, Bd. II, H. 1, 1909.)

Im Verlaufe eines Depressionszustandes mit quälenden Halluzinationen und ängstlichen Verfolgungsideen, der zur Demenz (mit Stereotypien und Manierismen) führte, entwickelt sich bei der Kranken der Trieb, sich alle Haare auszureißen (auch in den Mund zu führen) sowie die Nägel und Rückseite der Finger zu benagen. Verf. halten dafür, daß beide Symptome aus den Ausdrucksformen der ängstlichen Unruhe hervorgegangen seien. Allers (München).

W. F. Robertson und R. D. Brown: The bacteriology of the cerebrospinal fluid in general paralysis of the insane.

(Rev. of Neurol. and Psychiatry, Bd. VII, 1909, Heft 1.)

Die Verfasser teilen ihre bakteriologischen Befunde mit, die sie durch Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit paralytischer und anderer Geisteskranker gewonnen haben. Während die Zerebrospinalflüssigkeit bei letzteren stets keimfrei gefunden wurde, fanden sich bei einem großen Prozentsatz der Paralytiker Bakterien vor. Die Verf. nehmen an, daß eine Einwanderung von Bakterien aus dem Nasenrachenraum auf dem Lymphwege stattfinde. Abraham.

Hans Wolfgang Maier: Über moralische Idiotie.

(Journal für Psychologie u. Neurologie, Bd. XIII, 1908. Festschrift für Forel.)

Unter moralischer Idiotie oder Imbezillität ist ein völliger oder teilweiser angeborener moralischer Defekt, d. h. mangelnde Gefühlsbetonung der moralischen Begriffe der Umgebung bei genügender intellektueller Anlage, zu verstehen, wenn dabei Zeichen einer anderen Psychose fehlen. Entstand der moralische Defekt infolge einer anderen Psychose (z. B. Dementia praecox), so ist er als Symptom von dieser zu bezeichnen. Besteht neben der ethischen Störung ein angeborener intellektueller Defekt, so soll man die allgemeine Bezeichnung der Idiotie oder Imbezillität wählen.

Verf. bringt vier höchst charakteristische Lebensbilder an moralischer Idiotie leidender Pfleglinge der psychiatrischen Klinik zu Zürich. Von den vier Kranken war dreimal der Vater Potator, einmal ebenfalls moralischer Idiot; die Mütter waren in allen Fällen moralisch minderwertig, besonders in sexueller Beziehung. Die Intelligenz der Kranken war teilweise recht gut, stets genügend entwickelt. Wegen des Fehlens der Affekte waren sie jedoch zu jeder höheren geistigen Tätigkeit unfähig. G. Ilberg.

Otto Juliusburger: Die Stellung des Psychiaters zur Strafreform.

(Journal f. Psychologie u. Neurologie, Bd. XIII, 1908. Forel-Festschrift.)

Statt der Fragestellung nach § 51 St.-G.-B.'s wünscht Verf., daß der Begutachter feststellt, in welchem Grade und nach welcher Richtung die Anpassungsfähigkeit gestört sei, ob diese Störung vorübergehend oder dauernd sei, wie weit sich erbliche Veranlagung und soziales Milieu beteiligen. Was z. B. als Willensfreiheit bezeichnet wird, sei Anpassungsfähigkeit, welche durch erbliche Einflüsse und Milieu beeinflußt wird. Statt auf Strafe und Sühne soll man auf Heilerziehung, bzw. bei dauernder Anpassungsunfähigkeit auf bleibende Ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wahrung erkennen. Eine blinde Zeitbemessung der Strafe gewährt keinen Schutz gegen baldigen Rückfall. Um die Mißstimmung gegen die psychiatrische Sachverständigkeit zu beseitigen, wünscht Verf., daß in jedem kriminellen Fall das Urteil eines Sachverständigen zu hören sei (? Ref.). Er tadelt es, daß ein Individuum bei Zubilligung von Unzurechnungsfähigkeit meist ungehindert und unverändert in denselben Lebensverhältnissen schalten und walten darf. Er fordert die Überführung solcher Personen in die Irrenanstalten. Speziell verlangt er betreffs der alkoholistischen Verbrecher, daß sie nicht freigesprochen werden und keine mildernden Umstände erhalten, daß auch ihre Strafzeit nicht bemessen wird, sondern daß sie auf unbestimmte Zeit zur Heilerziehung, bzw. dauernden Verwahrung in Trinkerheil- oder -bewahranstalten überführt werden. Solange sie noch in Strafanstalten untergebracht sind, soll auch hier eine methodische Erziehung zur Totalabstinenz stattfinden. G. Ilberg.

Adler (Gablonz): Psychische Epilepsie in straf- und zivilrechtlicher Bedeutung.

(Prager med. Wochenschr. 1909, Nr. 4—6.)

Mit großer Ausführlichkeit, der die Wichtigkeit der kasuistischen Mitteilung m. E. nicht entspricht, wird ein einen 56jährigen Mann betreffender Fall von periodisch in der Nacht auftretenden epileptischen Dämmerzuständen mit Poromanie besprochen, der straf- und zivilrechtlich anscheinend widersprechende Beurteilung finden mußte. Während die genaue Beobachtung in einer Irrenanstalt zu der Erkenntnis führte, daß der Kranke für eine, offenbar in einem epileptischen Verwirrtheitszustande verübte Brandstiftung nicht verantwortlich gemacht werden konnte, und demgemäß das gerichtliche Verfahren eingestellt wurde, wurde ihm gelegentlich eines Hausverkaufs seine volle Geschäftsfähigkeit zugesprochen und die Entmündigung für unnötig erachtet. Liebetrau (Hagen i. W.).

Windscheid (Stötteritz): Selbstmordversuch als Unfallfolge anerkannt.

(Mediz. Klinik 1909, Nr. 12.)

Die Mitteilung ist ein lehrreicher Beitrag zur Kenntnis und praktischen Bedeutung der vielumstrittenen „Unfallneurose". Ein damals 30jähriger Mann erlitt 1887 einen Unfall durch Sturz aus der Höhe. Die dadurch bedingte Gehirnerschütterung und Quetschung des Rückens hatten keine direkten nachhaltigen Folgen, jedoch entwickelte sich eine Unfallneurasthenie, die dem damaligen Stande des Wissens entsprechend falsch gedeutet und behandelt wurde; zwei Ärzte konstatierten ein organisches Gehirnleiden (multiple Sklerose) und erklärten den Verletzten für völlig erwerbsunfähig (leider kommt das gleiche auch jetzt noch häufig genug vor. Ref.). Als nach 17 Jahren der Untätigkeit mit Alkoholabusus unter Genuß der Vollrente auf W.'s Gutachten hin die Rente bedeutend (auf 30%) herabgesetzt werden sollte, machte der Mann einen Selbstmordversuch (Schläfenschuß), aus dem eine linksseitige Hemiplegie resultierte. Nunmehr wurde dem tatsächlich gänzlich Erwerbsunfähigen, obwohl ein unmittelbarer Zusammenhang der Selbstbeschädigung mit dem Unfall auch vom R.-V.-A. verneint werden mußte, eine Rente von $66^2/_3$ gewährt, weil man annahm, daß die Unfallneurose ihn weniger widerstandsfähig gegen die mit der Herabsetzung der Rente verbundenen psychischen Erregungen gemacht habe.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Edmund Németh: Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen.
(Orvosok lapja, 1908, Nr. 40—41. Ungarisch.)

Die Frage der Zurechnungsfähigkeit bei Hysterie faßt Verf. in folgenden Punkten zusammen: 1. Hysterie allein beeinflußt nicht unbedingt den freien Willen und die Entschließungsfähigkeit. 2. Besteht neben Hysterie auch hereditäre Belastung und Degeneration, so kann auch die moralische und ethische Widerstandskraft und damit der Grad der Strafbarkeit vermindert sein, aber das Individuum kann wegen seiner Taten zur Verantwortung gezogen werden. 3. Im Falle selten auftretender hysterischer Anfälle ist die Zurechnungsfähigkeit bloß dann aufgehoben, wenn die strafbare Handlung während eines Anfalles oder als Folge eines Anfalles, d. h. im deliranten oder Dämmerzustande oder unter dem Einflusse von krankhaften Vorstellungen — welche in den Wachzustand übertragen wurden — begangen wurde. 4. Ausgesprochene hysterische Geistesstörung, Dämmerzustände oder pathologische Affekte heben die Entschließungsfähigkeit des freien Willens vollkommen auf, und sind die Kranken für in solchen Fällen begangene Handlungen nicht zurechnungsfähig.

Epstein (Nagyszeben).

V. Vermischtes.

Gustav und Hedwig Major haben in Zirndorf bei Nürnberg ein medizinisch-pädagogisches Kinderheim „Sonnenblick" errichtet. Abnorme Kinder der besseren Stände sollen dort besonderen Unterricht, besondere Heilpflege und Heilerziehung erhalten. Körperliche Strafen sind ausgeschlossen. Hausarzt ist der Neurologe Dr. von Rad in Nürnberg. G.

L. Löwenfeld hat im Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden eine kleine populäre Schrift erscheinen lassen: Die Hauptpunkte der sexuellen Aufklärung nach dem gegenwärtigen Stande ärztlicher Erfahrung (52 S., Preis 0,80 M.). G.

Von dem Hygieniker Max Gruber in München sind in letzter Zeit zwei Vorträge erschienen, auf die auch an dieser Stelle hingewiesen werden möge: 1. Die Pflicht, gesund zu sein (Ernst Reinhardt's Verlag in München); 2. Die Alkoholfrage in ihrer Bedeutung für Deutschlands Gegenwart und Zukunft (Mäßigkeits-Verlag in Berlin W. 15). Beide Vorträge sind wegen ihres edlen Idealismus, ihrer klaren Darlegung wichtiger Fragen unserer modernen Kultur und Gesittung, wegen ihres mutigen Auftretens gegen Genußsucht und modische Verirrungen, gegen das Verderbliche einer vorwiegend ästhetischen Kultur und „Weltanschauung" für jeden gebildeten Menschen und namentlich auch für jeden Arzt von großem Interesse. Gaupp.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Zweites Augustheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Über traumartige und verwandte Zustände.

Von

L. Loewenfeld, München.

(Schluß.)

Bevor ich an die Besprechung meiner Beobachtungen gehe, erscheint mir eine Berücksichtigung der in Betracht kommenden Literatur erforderlich.

Janet beschäftigte sich mit dem hier behandelten Gegenstande an mehreren Stellen des I. Bandes des Werkes „Les obsessions et la Psychasthénie" (Paris 1903). In dem Abschnitte, in dem er die Sentiments d'imcomplétude behandelt, bespricht er die Sentiments de perception incomplète und Sentiments de conception imaginaire. Unter den Sentiments de perception incomplètes führt er als eine der seltsamsten besonderen Formen das Gefühl des noch Niegeschehenen und des Fremdartigen an. Er weist darauf hin, daß in vielen von Krishaber[1]) mitgeteilten Fällen diese Gefühle sich erwähnt finden und führt eine Anzahl von Beispielen aus dem Kreise seiner eigenen Beobachtungen an.

Bei Besprechung des Sentiment de conception imaginaire bemerkt der Autor: „In einem vorgeschrittenen Stadium haben die Kranken nicht mehr lediglich das Gefühl, daß ihre Wahrnehmungen schlecht, mangelhaft, fremdartig seien, sie haben auch noch das Gefühl, daß der Vorgang in ihrem Innern überhaupt nicht mehr die Wahrnehmung des äußeren Objektes, sondern etwas anderes ist, eine mehr oder weniger imaginäre Vorstellung." Er führt des weiteren an, daß die Gefühle des Imaginären und Irreellen in zahlreichen von Krishaber, Ball, Dugas, Leroy u. a. mitgeteilten Fällen bestanden und er selbst diese Gefühle am häufigsten bei Psychasthenischen antraf. Manche Kranke haben nach seiner Erfahrung dieses Gefühl nur in bezug auf Gesichts- und Gehörwahrnehmungen; sie haben das Bedürfnis zu berühren wie St. Thomas, um sich einigermaßen davon zu überzeugen, daß das Objekt existiert.

In dem Abschnitte, in welchem er die allgemeinen Charaktere des

[1]) Krishaber, Névropathie cérébrocardiaque. 1873.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

psychasthenischen Zustandes behandelt, widmet er ein Kapitel dem „Verluste der Funktion des Reellen", in welchem er auf die in Frage stehenden Gefühle ausführlicher eingeht.

Janet bemerkt hier (S. 431): „Unter den beachtenswertesten Gefühlen, welche das Individuum in bezug auf Handlungen, Wahrnehmungen äußerer Objekte und die eigene Person empfindet, findet sich eine ganze Gruppe, die sich zusammensetzt aus Gefühlen des Sonderbaren, des Fremden, des Niegesehenen, des Traumhaften und die man, wie ich glaube, auf einen gemeinschaftlichen Grundzug zurückführen kann.

Wenn der Kranke wiederholt, daß es ihm nicht gelingt, einen Akt vorzunehmen, daß diese Handlung unmöglich geworden ist, kann man wahrnehmen, daß er nicht mehr fühlt, daß dieser Akt existiert oder existieren kann, daß er das Gefühl der Realität dieses Aktes verloren hat. Wenn andere uns sagen, daß sie im Traum handeln wie Somnambule, daß sie Komödie spielen, ist es wiederum die Realität des Aktes im Gegensatz zum Scheine desselben in den Träumen und der Komödie, die zu erfassen sie unfähig geworden sind."

Janet bemerkt weiter: „Dasselbe Gefühl bezüglich des Verschwindens der gewöhnlichen Wirklichkeit findet sich in den Gefühlen des Traumes, des Scheines, des Niegesehenen, des Seltsamen. Mit einem Worte, die Kranken nehmen die äußere Welt wie früher wahr, aber sie haben das Gefühl der Realität verloren, das gewöhnlich von diesen Wahrnehmungen untrennbar ist. Das gleiche gilt für die Wahrnehmungen der eigenen Person. Wenn die Kranken fühlen, daß sie ihr Ich verloren haben, daß sie nur halb leben, daß sie gestorben sind, daß sie nur materiell leben, daß sie fremd, seltsam, sonderbar usw. sich vorkommen, so rührt dies nach meiner Ansicht daher, daß sie sich unwirklich (irréel) fühlen. Sie haben noch alle psychologischen Funktionen, haben jedoch das Gefühl verloren, das wir beständig haben, reelle Wesen zu sein und einen Teil der reellen Welt auszumachen.

Janet glaubt, wie aus dem eben Angeführten schon hervorgeht, daß die Kranken auch in ihren Handlungen den Verlust des Gefühls des Reellen kundgeben und er nimmt daher eine fonction du réel an, die sie verloren haben sollen. Die geistigen Funktionen der Kranken sind nach seiner Ansicht nicht gestört, wenn es sich lediglich um die Phantasie handelt; sie zeigen nur Störungen, wenn es gilt, dieselben auf die Wirklichkeit anzuwenden.

In Band II, der von Raymond und Janet verfaßt ist und hauptsächlich Kasuistik enthält, bezeichnen die genannten Autoren den Willen, die Aufmerksamkeit, die an das Gegenwärtige geknüpften Empfindungen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als Funktion des Reellen (fonction du réel); den Grad der Vollkommenheit, welchen die psychologischen Operationen erreichen, wenn sie sich diesen Funktionen des Reellen nähern oder davon sich entfernen, wollen sie als psychologische Spannung bezeichnen (tension psychologique). Der Verlust der Funktion des Reellen gibt sich nach ihrer Ansicht durch eine Empfindung des Verlustes des Lebens oder wenigstens des Verlustes des reellen Lebens kund.

An einer späteren Stelle des gleichen Bandes, S. 42 bemerken die Autoren in bezug auf die Gefühle des Automatismus, des Fremdartigen, des Niegesehenen: „Es ist auch klar, daß es sich um intellektuelle Gefühle handelt, welche die Modifikation der zerebralen Tätigkeit begleiten und direkt durch dieselbe bestimmt sind. Wir können nicht umhin, anzunehmen, daß der Grad der synthetischen Aktivität des Geistes hier eine große Rolle spielt. Diese Kranken, welche eine ungenügende psychologische Spannung haben, haben nicht mehr den Sinn der Realität (sens de la réalité). Sie haben weniger Komplexe psychologischer Phänomene, weniger synthetisierte, als diejenigen, welche uns in Beziehung zum Reellen bringen. Sie haben daher ein fundamentales Gefühl des Traumes, des Unwirklichen."

Pick[1]) beabsichtigt in seiner Mitteilung lediglich die Aufmerksamkeit auf die in der Psychopathologie bisher wenig berücksichtigte Bekanntheitsqualität (Höffding), das Bekanntheitsgefühl (Volkelt's) und die von letzterem beschriebene Erinnerungsgewißheit zu lenken, da er hiervon sich gewisse Vorteile für das Verständnis mancher bei Psychosen vorkommender Störungen der sinnlichen Perzeption erwartet. Er erwähnt, daß bei Epileptischen z. B., nicht selten auch bei Hysterischen anfallsweise ein Zustand auftritt, „in welchem die Kranken noch so weit komponiert bleiben, daß sie selbst angeben, es komme ihnen alles plötzlich so fremd, verändert vor". Eine genaue Analyse des Kranken ergibt hier, wie der Autor ausführt, daß keine psycho-sensorische Anästhesie oder Parästhesie vorliegt, daß dem Kranken die Umgebung nicht tatsächlich verändert vorkommt, sondern, daß er nur den Eindruck des Fremdartigen hat, welchen der Autor durch einen Ausfall des Bekanntheitsgefühls bedingt erachtet. Bei Epileptischen glaubt der Autor auch die in einzelnen Fällen mit Angstzuständen verknüpfte Desorientierung in erster Linie auf einen Ausfall des Bekanntheitsgefühls zurückführen zu dürfen. In einem Nachtrage zu seiner Mitteilung erwähnt der Autor das anfallsweise Auftreten des Gefühls des Fremdartigen bei einem an sexueller Neurasthenie leidenden Patienten.

[1]) Pick, Zur Pathologie des Bekanntheitsgefühls (Bekanntheitsqualität). Neurologisches Zentralblatt, 1903, S. 2.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In der Arbeit Strohmayer's[1]) sind mehrere Fälle mitgeteilt, in welchen die hier besprochenen Erscheinungen auftraten. In der Epikrise äußert sich der Autor folgendermaßen: „Von besonderem Interesse aber waren mir bei den hierher gehörigen Patienten immer die Zustände, die in engster Beziehung zur Angst stehen und sich als ein mangelndes Hervortreten des Ich-Gefühls im Ablaufe der Ideenassoziation oder als eine momentane Unfähigkeit charakterisieren, bestimmte Empfindungen oder Vorstellungen mit dem Ich-Bewußtsein in normale assoziative Verknüpfung zu bringen. Die eigenartigen Zustände treten, wie die Angst, anfallsweise auf. Oft ist nicht zu entscheiden, was früher da war, die Angst oder die Störung des Ich-Gefühls. Die Kranken geben an, daß sie ihr Ich nicht fühlen, oder daß sich ihr Ich anfallsweise so verändere, daß es dem normalen Ich nicht entspricht. Sie sind örtlich und zeitlich genau orientiert, aber die eigene Person kommt ihnen so „fremd" vor, als handle, denke und empfinde eine andere. Der eigene Körper, das Gesicht, die Stimme erscheint fremdartig. Dieselben Kranken unterscheiden von diesem Symptom ein zweites: ein stückweises Bewußtwerden der eigenen Persönlichkeit oder das störende Unvermögen, Organempfindungen, mit dem Ich-Bewußtsein zu verknüpfen. Sie fühlen den Kopf, die Arme, die Hände, aber als etwas, das außerhalb des gewohnten Gesamtempfindens des Körpers steht, oder die einzelnen Teile in unheimlichen Dimensionen[2]). Endlich ist noch einer anderen Variation zu gedenken. Es tritt eine eigentümliche Leere im Kopfe auf; das Ich-Gefühl bleibt unverändert; aber die Außenwelt stellt sich dem Beschauer ganz anders dar, als normalerweise. Plötzlich ist alles in der Umgebung „so ganz anders", „so fremd", „so komisch". Trotz vollständiger Orientierung mangelt der Umgebung die Bekanntheitsqualität. Manchmal verknüpft sich damit der Eindruck des Entfernten, Verkleinerten. Diese Zustände waren stets bei meinen Kranken mit höchster Angst verknüpft, weil sie dem „Wahnsinn ins Gesicht zu sehen glauben".

Jung[3]) weist auf das häufige Vorkommen der unsicheren Wahrnehmung der Umgebung bei Frühdementen hin: „Es ist offenbar in der Wahrnehmung (Apperzeption) der Frühdementen etwas, das eine normale Assimilation hindert. An der Wahrnehmung fehlt eine Nuance oder es ist eine zu viel, wodurch sie einen fremdartigen Akzent bekommt (Bergé).

---

[1]) Strohmayer, Über die ursächlichen Beziehungen der Sexualität zu Angst- und Zwangszuständen. Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. XII, 1908.

[2]) Der Autor hat hier Erscheinungen, die offenbar dem Gebiete der Zwangsempfindungen angehören und mit den übrigen von ihm erwähnten Störungen nichts gemeinsam haben, angeführt.

[3]) Jung, Über die Psychologie der Dementia praecox. Halle 1907.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Frühdementen leben nach Jung sozusagen beständig (besonders in den akuten Phasen) wie in einem Traume, und drücken sich auch darüber in der Krankheit und katamnestisch entsprechend aus. Jung betrachtet die in Frage stehenden sentiments d'incomplétude als Störungen des Tätigkeitsgefühls (Höffding) und Produkte der Hemmung, welche von übermächtigen Komplexen ausgehen: „Wenn wir von einem Komplex beherrscht sind," bemerkt er, „so haben bloß die Komplexvorstellungen vollen Ton, d. h. volle Deutlichkeit, alle anderen von innen oder außen stammenden Wahrnehmungen unterliegen der Hemmung, wodurch sie undeutlich werden, d. h. an Gefühlston verlieren. Das ist die Grundlage, auf der es zur Unvollständigkeit der Tätigkeitsgefühle und schließlich zur Affektlosigkeit kommt. Diese Störungen bedingen ohne weiteres das Gefühl der ‚Fremdartigkeit'."

Ich muß hier darauf verzichten, die Ansichten Janet's und Raymond's bezüglich der fonction du réel einer eingehenden Kritik zu unterziehen und mich auf die Bemerkung beschränken, daß ich einen genügenden Grund zur Annahme einer derartigen besonderen Funktion nicht finden kann. Wenn wir bei den Erklärungen, welche die genannten Autoren für die Gefühle des Fremdartigen, des Irreellen, des Traumartigen usw. von allem Bildlichen und Schematisierenden absehen, so bleibt lediglich die Annahme, daß eine Herabsetzung der zerebralen Leistungen im Spiele ist. Diese Annahme ermangelt zweifellos für die Psychasthenischen wenigstens nicht der Begründung, ist aber ungenügend zur Erklärung der fraglichen Gefühle, da dieselben bei Psychasthenie höherer Grade fehlen können, während sie andererseits, wie unsere Fälle zeigen, bei Individuen auftreten, bei welchen eine erhebliche Herabsetzung der zerebralen Leistungen nicht besteht.

Die Ansicht Jung's, der die betreffenden Gefühle bei Frühdementen auf Komplexwirkungen zurückführen will, hat ebenfalls manches für sich und meine Beobachtungen sprechen dafür, daß diese Erklärung auch für Fälle zutreffen mag, in welchen es sich nicht um Dementia praecox handelt. Allein auch diese Annahme kann nicht für alle in Betracht kommenden Fälle herangezogen werden, und es ist vorerst zweifelhaft, ob sie selbst für das engere Gebiet der Dementia praecox ausschließlich Geltung beanspruchen darf.

Bei Besprechung meiner eigenen Beobachtungen erscheint es mir am zweckmäßigsten, von den traumartigen Zuständen auszugehen. Wenn wir nach den Momenten forschen, welche den Zustand charakterisieren, so finden wir übereinstimmend in allen Fällen das Gefühl, daß die Außenwelt mit oder ohne Einschluß der eigenen Person nicht reell, sondern nur ein Schein sei, und daran knüpft sich in der überwiegenden Zahl der Fälle die Vorstellung, daß man sich in einem traumartigen Zustande befinde.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In der Minderzahl der Beobachtungen bildet — anscheinend wenigstens — das Primäre ein Gefühl des Nicht- oder Nichtvölligwachseins. Es ist dem Patienten, als ob er in einem Halbschlafe, einem Traume sich befinde, wie hypnotisiert oder somnambul sei und damit vergesellschaftet sich erst das Gefühl, daß die Außenwelt der Realität ermangele. Von einer Trübung des Bewußtseins ist dabei jedoch keine Rede. Die äußeren Objekte werden richtig wahrgenommen. Die Kranken zeigen in ihrem Verhalten gegen ihre Umgebung nichts Auffälliges; das Abnorme, Krankhafte ihres Zustandes entgeht ihnen keineswegs und sie empfinden denselben als eine peinliche Veränderung. Das Gedächtnis für die Vorgänge während des Zustandes ist erhalten, doch können die betreffenden Erinnerungen, wie aus den Mitteilungen des Patienten des Falles VIII hervorgeht, eine Eigentümlichkeit zeigen, die meines Wissens der Beachtung bisher entging. Die Erinnerungen sind, soweit sie tatsächliche Erlebnisse betreffen, inhaltlich korrekt, es fehlt ihnen aber ebenfalls das Realitätsgefühl, jenes psychische Element, durch welches sich die Erinnerung an Erlebnisse von Phantasievorstellungen unterscheidet. Ist das Gefühl des Traumhaften oder der Irrealität weniger entwickelt, dann kommt es zu Zweifeln darüber, ob die eigene Person wirklich existiere, die augenblickliche Situation derselben reell und das Ganze nicht bloß ein Schein oder Traum sei.

Wenn wir zu einer Deutung des uns beschäftigenden Zustandes gelangen wollen, müssen wir uns zunächst fragen, von welchen psychischen Vorgängen das Bewußtsein der Realität der Außenwelt und der eigenen Person abhängt.

Das, was wir als Außenwelt bezeichnen, setzt sich, wie wir wissen, lediglich aus Vorstellungen zusammen, die durch ein uns nicht näher bekanntes Reales, „das Ding an sich", in uns hervorgerufen werden. Wir sind jedoch in unserem natürlichen Denken gewohnt, die Objekte als unseren Vorstellungen kongruent, d. h. so wie wir sie sehen, fühlen usw. existierend zu betrachten. Die Überzeugung von ihrer Realität beruht auf mehreren Faktoren. In erster Linie kommt hier wohl die Übereinstimmung und wechselseitige Ergänzung der Sinneseindrücke, die wir auf ein Objekt beziehen, in Betracht. Was wir sehen, können wir zum großen Teile auch betasten. Die Übereinstimmung der Tastwahrnehmung mit der des Gesichtes trägt wesentlich dazu bei, das Bewußtsein der Realität des Wahrgenommenen in uns zu befestigen. Die Erfahrungen, die das Kind in bezug auf die Kombination von Gesichtswahrnehmungen mit anderen Wahrnehmungen sammelt, führt allmählich dazu, daß wir auch die lediglich durch das Gesicht wahrgenommenen Objekte als reell betrachten lernen und uns daran gewöhnen, uns auf das Zeugnis unserer Sinne zu verlassen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sofern dies nicht aller Erfahrung widerspricht. Wenn wir z. B. ein Porträt betrachten und es uns scheint, als bewegten sich die Augen der dargestellten Person, so wissen wir trotz des Anscheines der Bewegung, daß eine solche nicht stattgefunden hat, da dies jeder Erfahrung widerspräche. Die Überzeugung von der Realität der Objekte, die wir als Außenwelt zusammenfassen, fußt aber noch auf einem anderen Umstande, dem Bewußtsein des Wachseins. Wir halten im Traume in der Regel die Produkte unserer Phantasie ebenfalls für etwas Reelles, weil wir gewohnt sind, dem Zeugnisse unserer Sinne zu trauen, und der Aufklärung über unseren momentanen psychischen Zustand ermangeln. Nach dem Erwachen drängt sich uns erst die Erkenntnis auf, daß den Traumerlebnissen nichts Reelles zugrunde lag. Die Erfahrung, daß uns im Traum die Phantasie eine Welt vorspiegeln kann, die nicht existiert, macht für unsere Überzeugung von der reellen Existenz der Außenwelt das Bewußtsein des Wachseins nötig. Wir sehen dies besonders deutlich in jenen Fällen, in welchen wir unter dem Eindrucke überraschender, d. h. unseren Erfahrungen oder Erwartungen zuwiderlaufender Eindrücke stehen. Es mag dann vorkommen, daß wir in den ersten Momenten im Zweifel sind, ob wir die betreffenden Eindrücke als reell zu betrachten haben oder nicht, und uns deshalb fragen, ob wir wachen oder träumen. Nach dem Angeführten liegt es nahe, daß eine psychische Veränderung, welche das Gefühl des Wachseins aufhebt oder erheblich abschwächt, die Folge hat, daß wir von der Außenwelt den Eindruck der Realität nicht mehr in der Weise erhalten, wie unter normalen Verhältnissen und andererseits der Mangel des Realitätsgefühls an den Wahrnehmungen der Außenwelt das Bewußtsein des Wachseins alterieren muß. Die in Frage stehende psychische Veränderung wird in den Fällen unserer Beobachtung (wie in denen Janet's und Raymond's) von den Kranken je nach ihrer Bildung und Erfahrung verschieden aufgefaßt und bezeichnet. Es handelt sich dabei zumeist um Vergleiche; sie sprechen von einem traumartigen, hypnotischen oder somnambulen Zustande, einem Halbschlafe, einem Zustande ähnlich den ersten Stadien des Rausches, einem nicht ganz Beisichsein. Es ist ihnen, als ob sie der Außenwelt nur passiv gegenüberständen, als ob das Ichbewußtsein halb in ihnen eingeschlafen sei (Fall VI), als ob sie nur halb oder provisorisch existierten, als ob sie nur mechanisch sprächen und das Gehirn oder Bewußtsein daran keinen Anteil habe (Fall VIII), als ob sie alles nicht wie eine bewußte Persönlichkeit, sondern nur wie eine Maschine verrichteten[1]). Es

[1]) Hier handelt es sich um das Sentiment d'automatisme Janet's, dessen Kranke ebenfalls häufig darüber klagten, daß sie nur wie eine Maschine, ein Automat, rein mechanisch oder rein wie eine Somnambule handelten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist hierbei zu bemerken, daß, wenn die Kranken sich wie hypnotisiert oder somnambul fühlen, sie nicht das Schlafähnliche dieser Zustände, sondern lediglich den Mangel der Spontaneität in denselben im Auge haben. Sie sind unfähig geworden, ihr Ich als die Quelle ihrer Handlungen zu fühlen. Inwieweit bei diesen Zuständen die Deutlichkeit der Wahrnehmung vermindert ist, können wir nicht entscheiden. Jedenfalls aber geht dabei das Bewußtsein der reellen Existenz der Außenwelt nicht eigentlich verloren. Es ist dem Kranken nur so, als ob die umgebenden Objekte oder die eigene Person nur ein Schein wären, er weiß dabei sehr wohl, daß die Außenwelt wie gewöhnlich existiert und verhält sich dementsprechend. Wenn wir die Äußerungen der Patienten über ihren Zustand einer näheren Prüfung unterziehen, so ergibt sich, daß bei denselben bald mehr das Gefühl der Irrealität der Außenwelt, bald mehr das der Irrealität der eigenen Person vorherrscht. In letzterem Falle fühlen sie sich nicht mehr als willkürlich handelnde Personen, sondern als Automaten, Somnambule usw. Es ist mir wahrscheinlich geworden, daß auf die in Frage stehenden Unterschiede es sich zurückführen läßt, wenn in einzelnen Anfällen primär, in anderen erst sekundär die Außenwelt irreell, als Vision usw. erscheint und es sich in den Anfällen im wesentlichen immer um gleichartige Störungen handelt. Wir müssen daher uns zunächst mit der Frage beschäftigen, von welcher Art diese Störungen sind.

Es ist von Vorteil, wenn wir hier an Erfahrungen des täglichen Lebens anknüpfen. Wenn ein Individuum unter dem Einflusse eines starken Affektes resp. von Vorstellungen mit übermächtiger Gefühlsbetonung steht, die seine Aufmerksamkeit andauernd absorbieren, so mag es sein, daß ihm die Außenwelt und die Vorgänge in derselben nicht mit jener Stärke und Deutlichkeit zu Bewußtsein kommen wie unter gewöhnlichen Verhältnissen. Es ist dem Individuum, als ob es sich in einem Traumzustande befinde, die rauhe Wirklichkeit der Außenwelt für dasselbe nicht mehr existiere. Unzulänglichkeit der Aufmerksamkeit der Außenwelt gegenüber kann demnach das Bewußtsein der Realität des Wahrgenommenen herabdrücken.

Es liegt daher sehr nahe, bei den uns hier beschäftigenden Erscheinungen an eine Störung der apperzeptiven Funktion, um die Wund'sche Terminologie zu gebrauchen, zu denken. Der Vorgang der Apperzeption ist, gleichgültig ob derselbe die Auffassung eines äußeren Eindrucks oder eines rein subjektiven Vorgangs betrifft, von einem Tätigkeitsgefühl (Höffding) begleitet. Ist infolge einer Störung der apperzeptiven Funktion dieses Gefühl herabgesetzt oder ausgeschaltet und zu gleicher Zeit die Deutlichkeit der Wahrnehmung vermindert, dann erscheint es möglich, daß die wahrgenommenen äußeren Objekte nicht mehr den gewöhnlichen Ein-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

druck der Realität machen. Ist dagegen das Tätigkeitsgefühl bei Willensakten und Denkprozessen herabgesetzt, dann verliert sich das Bewußtsein der Realität der eigenen Person, d. h. des Egos als eines wollenden und handelnden Wesens. Das Nebeneinandervorkommen der Gefühle des Traumartigen und des Fremdartigen legt ferner die Frage nahe, ob beide Gefühle nicht auf der gleichen, nur gradweise verschiedenen Störung beruhen. Zunächst ist hier zu bemerken, daß in den Fällen, in welchen das Gefühl des Fremdartigen auftritt, nach meinen Beobachtungen zum Teil der Eindruck besteht, daß das Wahrgenommene verändert sei, während in anderen dieser Eindruck mangelt, und das Gesehene lediglich unbekannt, neu und deshalb fremd erscheint.

Wenn ich in dem ersten von mir beobachteten Falle[1]), in welchem das Gefühl des Fremdartigen sich konstatieren ließ, dieses Gefühl auf den Ausfall oder beträchtliche Verminderung des Bekanntheitsgefühls zurückführen zu dürfen glaubte, so scheint mir diese Erklärung nach den mir zurzeit vorliegenden Erfahrungen nicht mehr ausreichend. Das Bekanntheitsgefühl ist von zwei Bedingungen abhängig: a) Deutlichkeit der Wahrnehmung, wodurch die Erkennung der Übereinstimmung derselben mit früheren Wahrnehmungen ermöglicht wird; b) die Reproduktion solcher, wenn auch nur in ganz schematischer Weise. Erfährt die Deutlichkeit der Wahrnehmungen infolge einer Abschwächung der apperzeptiven Leistungen eine Einbuße, während die Reproduktion ungestört ist, so entsteht das Gefühl der Inkongruenz des Eindrucks mit früheren Eindrücken. Das Objekt erscheint verändert und deshalb fremdartig. Ist dagegen lediglich die Reproduktion beeinträchtigt, so erscheint das Objekt nur neu, unbekannt und deshalb fremd, aber nicht verändert. Meine Beobachtungen weisen darauf hin, daß beide Modalitäten der Beeinträchtigung des Bekanntheitsgefühls vorkommen. In Fall VI ist erwähnt, daß die Patientin die Objekte ihrer Umgebung nicht wie gewöhnlich, sondern von einem Schleier bedeckt sah; obwohl sie die einzelnen Objekte erkannte und zu benennen wußte, war ihr das Wahrgenommene doch nicht so klar, wie gewöhnlich. Über Ähnliches berichtete die Patientin des Falles XI. Die Undeutlichkeit der Wahrnehmung findet sich auch in den Beobachtungen der französischen Autoren, in welchen das Gefühl des Fremdartigen konstatiert wurde, häufig erwähnt. Den Einfluß der erschwerten Reproduktion zeigt ebenfalls eine Mitteilung der Patientin des Falles VI. Sie erwähnte, daß sie, wenn sie sich selbst fremd vorkam, sich besinnen mußte, wer und wo sie sei und es oft eine gewisse Zeit währte, bis sie sich wiedererkannte. Auch bei der Patientin des Falles III handelte es sich offenbar

[1]) S. Loewenfeld, Die psychischen Zwangserscheinungen, S. 172.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wesentlich um eine Störung der Reproduktion. Der Patientin kamen die Objekte neu und deshalb fremd vor, während der Eindruck des Verändertseins und Undeutlichkeit der Wahrnehmung fehlten.

Unzulänglichkeit der apperzeptiven Leistungen und Erschwerung der Reproduktion sind demnach die wesentlichen Störungen in allen jenen Zuständen, in welchen die Außenwelt unbekannt, fremd oder irreell erscheint und das Individuum der Abhängigkeit seiner Handlungen von seinem Ego nicht mehr deutlich bewußt wird.

Bevor wir auf den Mechanismus dieser Störungen eingehen, müssen wir einen Blick auf die Krankheitszustände werfen, bei welchen dieselben auftreten. Nach unseren Beobachtungen finden sich dieselben bei verschiedenen Neurosen und Psychosen: Neurasthenie, Angst- und Zwangsneurose, Melancholie und Dementia praecox. Unter den angeführten Beobachtungen ist auch ein Fall von organischer, nicht psychotischer Erkrankung des Gehirns (Tumor) vertreten, doch ist deshalb noch keineswegs anzunehmen, daß diese die unmittelbare Ursache der Traumzustände der Patientin bildete. Letztere traten nach ihrer Mitteilung zuerst im Gefolge schwerer gemütlicher Erregungen und später im Zusammenhang mit Angstzuständen auf und es liegt daher nahe, an eine Komplikation des organischen Leidens mit Angstneurose resp. Angsthysterie nach Stekel's Bezeichnung zu denken. Auch in einzelnen anderen Beobachtungen, Fall VI u. X, war Komplikation mit Hysterie vertreten. Nach Pick kann, wie schon erwähnt wurde, auch bei Epilepsie anfallsweise das Gefühl des Fremdartigen auftreten. Wenn wir nun der Frage nach dem Mechanismus der in Rede stehenden Störungen nähertreten, so ist nicht zu leugnen, daß man in unseren Fällen, etwa mit Ausnahme des Falles IV, eine Herabsetzung der psychologischen Spannung mit Janet und Raymond annehmen könnte. Mit diesem Bilde ist jedoch keine Erklärung des Sachverhalts gegeben. Auch die weitergehende und durch die klinischen Tatsachen gewiß gerechtfertigte Annahme, daß es sich um eine Herabsetzung der zerebralen Leistungen handelt, ist aus Gründen, die wir bereits an früherer Stelle anführten, ungenügend. Zu der Abschwächung der zerebralen Leistungen müssen noch besondere Umstände hinzutreten, wenn die fraglichen Störungen sich entwickeln sollen. Welcher Art diese Momente sein mögen, hierüber lassen unsere Beobachtungen kaum einen Zweifel. Bei dem weit größeren Teil unserer Kranken bestanden Angstzustände, und bei einem erheblichen Teile derselben (fünf Fällen) begegnen wir einer Vergesellschaftung von Angst- und traumartigen Zuständen, die sich nicht lediglich als einfache Koinzidenz betrachten läßt. Ja, eine Patientin (Fall VI), in deren Krankheitsgeschichte die Angstzustände eine besonders hervortretende Rolle

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

spielen, äußerte bei Besprechung ihres Leidens, etwa zwei Jahre nach der Entlassung aus der Behandlung die Ansicht, daß ihre traumartigen Zustände im wesentlichen nur Angstzustände gewesen seien.

Daß der Affekt der Angst geeignet ist, die apperzeptiven Leistungen zu beeinträchtigen, bedarf hier keiner weiteren Auseinandersetzung. Wir müssen daher Angstzuständen einen wesentlichen Anteil an der Hervorrufung der Gefühle des Fremdartigen und Traumartigen, des Automatismus usw. zuerkennen[1]). Eine ähnliche Bedeutung muß unterbewußten, gefühlsstarken Vorstellungskomplexen, wie Jung dies für die Dementia praecox annimmt, zugeschrieben werden. Diese können ihren die Apperzeption störenden Einfluß direkt oder durch mit ihnen zusammenhängende Angstzustände äußern. Das letztere war wahrscheinlich in einem Teile meiner Beobachtungen der Fall[2]). Daneben kommt noch der Einfluß von Zwangsvorstellungen in Betracht. Wenigstens weist unser Fall IX darauf hin, daß dieselben eine ähnliche Wirkung äußern können, wie unterbewußte Vorstellungskomplexe.

Mit dem Angeführten sind jedoch die Rätsel des Fremdartigen und Traumartigen keineswegs sämtlich gelöst. So sind wir vorerst außerstande, eine Erklärung für die Beschränkung des Gefühls des Fremdartigen auf gewisse Gruppen von Wahrnehmungen und die Entstehung desselben insbesondere oder lediglich unter bestimmten äußeren Verhältnissen, wie in Fall IV, zu geben. Letzterer Fall beansprucht auch deshalb ein besonderes Interesse, weil er eine Persönlichkeit betrifft, die man nicht als „Kranke" im gewöhnlichen Sinne bezeichnen und bei der weder von einer Herab-

[1]) Zu einem ähnlichen Schlusse ist offenbar auch Strohmayer (s. o.) auf Grund seiner Beobachtungen gelangt.

[2]) Als Beleg kann ich die Ergebnisse der Assoziationsversuche anführen, die ich in mehreren der mitgeteilten Fälle anstellte. Besonders bemerkenswert sind die Resultate dieser Versuche in Fall VII, in welcher a priori schon ein mächtiger, wahrscheinlich erotischer Komplex anzunehmen war. Der erste Versuch war hier ganz erfolglos, da der Patientin überhaupt nichts einfiel; in den weiteren Versuchen ergaben sich u. a. folgende Assoziationen:

Ratsam	— Vorsicht	80 Sek.
Bitte	— erfüllen	50 „
erfinden	— der Dichter	45 „
denken	— tief	25 „
Abbild	— machen	22 „
mager	— Person	21 „
Gnade	— erweisen	20 „
Wiedersehen	— suchen	19 „
Wünsche	— Weihnachts	17 „
verstehen	— Jemand	13 „
vergessen	— Gegenstand	11 „

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

setzung der zerebralen Leistungen, noch von einer Einwirkung von Angstzuständen die Rede sein kann. Es erübrigt hier nur eine Komplexwirkung anzunehmen, welche die Eigentümlichkeit besitzt, daß sie zum Teil wenigstens nur unter bestimmten äußeren Verhältnissen auftritt.

Über die Differentialdiagnose der hier besprochenen Zustände gegenüber den hysterischen und epileptischen Dämmerzuständen kann ich mich nach dem vorstehend Dargelegten sehr kurz fassen. Das Entscheidende bilden zwei Punkte: die Kranken wissen in den Anfällen mit dem fremdartigen, traumartigen usw. Gefühle, daß sie sich in einem abnormen Zustande befinden, und das Gedächtnis für die Ereignisse der Anfallszeit ist völlig erhalten. In den Dämmerzuständen fehlt dagegen die Krankheitseinsicht und nach denselben besteht Amnesie für die Anfallszeit. Meine Behauptung bezüglich der Krankheitseinsicht erheischt nur für die Dementia praecox eine gewisse Restriktion. In Fall VIII bestand dieses Moment zweifellos. Ich bin jedoch nicht in der Lage, zu beurteilen, ob dasselbe bei den Traumzuständen der Frühdementen nicht öfters fehlt[1]).

II. Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung am 14. Juni 1909.

Bericht von **Dr. Schayer,** Dalldorf-Berlin.

Diskussion über den in der vorigen Sitzung vom 10. Mai 1909 gehaltenen Vortrag Liepmann's: Zum Stande der Aphasiefrage.

M. Rothmann: Der inhaltreiche Vortrag Liepmann's beweist aufs neue, wie anregend Marie's Kritik auf die Aphasieforschung gewirkt hat. Es ist ein zweifelloses Verdienst Marie's, auf die ungenügenden pathologisch-anatomischen Grundlagen der Lokalisation der Sprachfunktionen in der Großhirnrinde hingewiesen zu haben. Hier macht sich das Fehlen der Grundlage der experimentell-physiologischen Forschung sehr störend bemerkbar. Ohne die letztere, nur gestützt auf die autoptischen Befunde beim Menschen, würden wir über

[1]) Ich möchte nicht unerwähnt lassen, daß nach Pick das fehlende Bekanntheitsgefühl bei Epileptischen eine Störung in der Kontinuität des Bewußtseins bedingen und deshalb eine der Grundlagen der sogenannten Dämmerzustände bilden soll. Diese Annahme mag für Epileptische zutreffen. Bei den übrigen von mir angeführten Krankheitszuständen kann von einer Störung in der Kontinuität des Bewußtseins durch das Fehlen des Bekanntheitsgefühles keine Rede sein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Ausdehnung der Extremitätenzentren an der menschlichen Hirnrinde heute noch im Dunkeln tappen. Es ist daher sehr berechtigt, sich zu fragen, inwieweit experimentelle Grundlagen für die Aphasielehre vorliegen oder geschaffen werden können. Hier sind bedeutungsvoll die elektrischen Reizversuche von Grünbaum und Sherrington an den anthropomorphen Affen. Fanden sie die Reizpunkte für Gesicht, Zunge usw. im Gebiete des Gyrus centralis ant., so war die Insula Reilii völlig unerregbar, im Gyrus frontalis inf. war keine Tonbildung zu erzielen, nur im hinteren Teile Larynxbewegungen. Von Polimanti-Katzenstein sind die mit den Atembewegungen in Beziehungen stehenden Stirnhirnzentren beim Hunde genau studiert worden. Katzenstein stellte die eigentliche Lautgebungsstelle im Gyr. centr. ant. fest und konnte sowohl durch doppelseitige Ausschaltung derselben als auch durch Durchtrennung der Verbindungen derselben mit der Atemstelle im Stirnhirn die Fähigkeit zum Bellen auf Monate hinaus aufheben. Von dem Vorhandensein derart komplizierter Funktionskomplexe für die Phonation in der Hirnrinde ist beim Menschen bisher kaum etwas bekannt, und doch können derartige Störungen bei der Aphasie von größter Bedeutung sein. Andererseits haben die von Kalischer inaugurierten Dressurversuche zur Hörfunktion beim Hunde gezeigt, daß im Schläfenlappen eine Lokalisation für die Rezeption der einzelnen Töne, wie sie vor allem Larionow angenommen hatte, nicht vorhanden ist. Damit ist wohl auch für den Menschen die von Wernicke akzeptierte Vorstellung, daß das sensorische Sprachzentrum mit der Endstätte der Projektionsfasern für die Tonhöhe von $b'—g''$ im Schläfenlappen zusammenfällt, unhaltbar geworden.

Besonderes Interesse erfordern dann die Versuche O. Kalischer's an sprechenden Papageien. Diese lernen spontan sprechen und bestimmte Worte bei bestimmten Gelegenheiten gebrauchen, besitzen also eine Sprachleistung wie die kleinen Kinder. Bei doppelseitigen Exstirpationen des Mesostriatum in der Gegend der Fossa Sylvii gelang es nun, dauernde motorische Sprachstörung auf viele Monate zu erzielen, bei der auch das Nachsprechen aufgehoben war, trotz offenbaren Intaktseins des Hörens der Worte. Immerhin weicht der Großhirnaufbau der Vögel so weit von den menschlichen Verhältnissen ab, daß man mit Analogieschlüssen überaus vorsichtig sein muß. Vortr. rät dringend zu Versuchen an Schimpansen, bei denen eine überaus differenzierte Lautgebung besteht; doppelseitige Exstirpationen des dem Gyrus centr. ant. benachbarten Teils der dritten Stirnwindung könnten sehr wohl entscheidendes Material für die Rolle der dritten Stirnwindung bei der Sprache beibringen. Rothmann möchte die Burkhardt'schen Versuche, auf die er zuerst die Aufmerksamkeit gelenkt hat, nicht ganz so niedrig einschätzen, wie es Liepmann getan hat. Diese Exstirpationen von $1^1/_2—2^1/_2$ Gramm der Rinde der Broca'schen Windung sind doch die einzigen wirklichen Experimente am Menschen. Wäre die dritte Stirnwindung nach Analogie der Zentren der Zentralwindungen aufgebaut, so hätte dieser Eingriff weitgehendes Versagen der motorischen Sprachleistung mit allerdings rascher Restitution herbeiführen müssen. Statt dessen kam es in dem einen Falle nur zum Aufhören des Redeflusses, in dem anderen zur Verminderung des Sprachschatzes mit andauerndem Wiederholen der gleichen Redensarten.

Was die menschliche Aphasie betrifft, so hat sich Liepmann vor allem gegen Marie und Moutier gewandt. Seine Sektionsergebnisse scheinen be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weisend für die Bedeutung der dritten Stirnwindung als motorisches Sprachzentrum, wenn auch nicht zu verkennen ist, daß die Gegner sich an die kleinen Erweichungsherde in der Linsenkerngegend klammern werden. Viel bedenklicher für die Lehre von der Lokalisation der Sprachfunktionen erscheint Rothmann die von v. Monakow aufgestellte Lehre von der Diaschisis, die er zuletzt so erweitert hat, daß inselförmige Zentren für fertige Funktionen nicht vorhanden, sondern nur Komponenten für sämtliche Orientierung lokalisiert sind. In dem Falle von Ladame und v. Monakow von subkortikaler motorischer Aphasie sprach Patient nach 7 Monaten noch einige Worte, war dann 11 Jahre stumm. Diese abnorme Erscheinung erklärt v. Monakow durch eine verlängerte kortikobulbäre Diaschisis. Damit würde das Gesetzmäßige der Ausfallserscheinungen nach umschriebenen Rindenherden, auf dem die Möglichkeit der Lokalisation beruht, völlig in Frage gestellt werden. Vortr. weist ferner darauf hin, daß in diesem Falle Teile der Pars opercularis der dritten Stirnwindung, vor allem im ventralen Abschnitt, nicht zerstört waren, wodurch sich das Erhaltensein des Schreibens bei aufgehobener Sprache erklären dürfte.

Vortr. demonstriert die Schnitte des von ihm beschriebenen Falles von transkortikaler motorischer Aphasie mit einem Herd im Mark der Pars opercularis der dritten Stirnwindung, bei fast normalem Operculum; er weist vor allem auf das Intaktsein der Rinde der dritten Stirnwindung und den absolut normalen Schläfenlappen hin. Jedenfalls weist der Fall auch die Bedeutung der dritten Stirnwindung als motorisches Sprachzentrum nach.

Zum Schluß betont Vortragender unter Hinweis auf die Variabilität phylogenetisch junger Bahnen des Gehirns (Pyramidenbahnen), wie groß die Variabilität der vielleicht jüngsten Zentren der Großhirnrinde, der Sprachzentren, in bezug auf Lage und Ausdehnung wahrscheinlich noch sein dürfte.

(Autoreferat.)

Oppenheim führt aus, Marie sei durch Liepmann so gründlich widerlegt, daß ihm nur übrigbleibe, seine Zustimmung mit Liepmann's Ansichten auszudrücken. Auch seiner eigenen Erfahrung nach müsse er unbedingt an der Lehre Broca's und Wernicke's festhalten. O. faßt seine Anschauungen in folgende Leitsätze zusammen:

1. Die dritte Stirnwindung hat die von Broca angenommene Bedeutung für das motorische Sprachzentrum. Besonders eine eigene Beobachtung erscheint O. dafür beweisend. O. war in einem Falle, in dem er das Gebiet operativ freilegen mußte, genötigt, einen Tampon einzulegen, der einen Druck auf das Sprachzentrum ausübte. Es entwickelte sich eine motorische Aphasie, die nach Entfernung des Tampons prompt zurückging und durch Wiedereinführung desselben gewissermaßen experimentell hervorzurufen war.

2. Die motorische Aphasie hat mit Anarthrie nichts zu tun. Es gibt allerdings Zwischenstufen, in denen es zu Fehlreaktionen, wie Bildungen falscher Laute, kommt und die der Dysarthrie nahestehen, die sogenannte literale Paraphasie.

3. Die Lehre Wernicke's von der Bedeutung der ersten Schläfenwindung ist aufrechtzuerhalten. Der Widerspruch, in dem O.'s eigener Fall anscheinend zu dieser Lehre steht, klärt sich auf, wenn man annimmt, daß der rechte Schläfenlappen für den linken eintreten kann. Für diese Annahme spricht die Tatsache, daß die Zerstörung des rechten Lobus temporalis zwar

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

indirekte Symptome, aber keine direkten Ausfallserscheinungen macht. Das Gebiet dürfte aber doch nicht zwecklos sein. Es liegt daher nahe, anzunehmen, daß es Beziehungen zur Sprache hat und bei Zerstörung des linken Sprachzentrums dessen Funktionen zu übernehmen imstande ist. Dies tritt dann ein, wenn es sich um eine Herderkrankung, keine diffuse Erkrankung handelt und wenn die Intelligenz intakt ist. Der Wunsch zu sprechen und zu verstehen, muß vorhanden sein. Der Ausgleich kommt allerdings nur für die Sprachtaubheit in Betracht. Die Individuen lernen verstehen; geschädigt bleibt das Spontansprechen, es bleibt die Paraphasie und die amnestische Aphasie. Der komplizierte Assoziationsmechanismus bleibt dauernd gestört, da der rechte Schläfenlappen diese Assoziationen entbehrt. Diese Erwägung macht die Rückbildung der Worttaubheit in dem vorgestellten Falle verständlich.

4. Aphasie hat nichts zu tun mit Intelligenzstörung; diese kann trotz erheblicher Sprachstörung intakt sein.

L. Jacobsohn richtet an Liepmann die Frage, wie man in Fällen von sogenannter reiner motorischer Aphasie sicher entscheiden könne, ob die Aphasie durch apraktische Störung der Sprachmuskulatur oder durch Verlust der Fähigkeit, die Worte innerlich zu erwecken, verursacht sei; eventuell ob in der Mehrzahl der Fälle nicht beide angeführten Momente eine Rolle spielen. Zur letzteren Anschauung möchte sich J. selbst bekennen auf Grund mehrerer beobachteter Fälle von motorischer Aphasie und besonders auf Grund eines, den er in letzter Zeit zu untersuchen Gelegenheit hatte. Diese Untersuchung konnte recht genau ausgeführt werden, da es sich um einen sehr intelligenten Patienten gehandelt hat. Der betreffende Patient konnte alles verstehen, was man zu ihm sprach; alle Aufträge, die man ihm erteilte, führte er prompt aus. Der die Klangbilder bis zum Begriffszentrum hinführende Weg war also offen. Dagegen konnte Patient spontan nicht sprechen. Nur ganz wenige, ganz kurze Sätze, wie „ich kann nicht", „ach mein Gott" brachte er heraus. Diese Sätze flossen ihm ganz mühelos von den Lippen. Patient konnte kurze Worte einigermaßen nachsprechen; dabei zeigte er aber gewöhnlich unglaubliche Verzerrungen der Mundmuskulatur, und das ganze Sprechen vollzog sich so langsam wie bei einem buchstabierenden Kinde. Bei langen Worten mußte jede Silbe einzeln wiederholt werden, ein langes Wort auf einmal konnte er nicht aussprechen. Dabei sah Patient den Untersuchenden immer fragend an, wie wenn er die einzelnen Silben nicht behalten hätte. Schon hierbei zeigte sich die Doppelnatur der Sprachstörung. Die Mühseligkeit der Bewegungen der Lippen wies auf die apraktische Seite, das dauernd fragende Gesicht, das Einsetzen der Sprachmuskulatur erst nach fortdauernden Wiederholungen auf die amnestische Seite der Sprachstörung. Zweifelhaft, ob die apraktische Seite hier die Hauptrolle spielte, machte der Umstand, daß Patient ausgezeichnet Lieder pfeifen und singen konnte (letzteres natürlich ohne Text). J. ist der Ansicht, daß bei reiner Apraxie der Sprachmuskulatur sich wohl auch Störungen im Pfeifen usw. einstellen müßten, da diese Verrichtungen ev. als Teilfunktionen sprachlicher Ausdrucksweise aufzufassen sind. Jedenfalls kann sich J. nicht recht vorstellen, daß gleiche Bewegungskomplexe, wie sie zum Hervorbringen von Lippenlauten und Lippenpfeifen notwendig sind, einerseits so kolossale Störungen verursachen sollten und auf der anderen Seite ganz ungestört wären. Auf eine starke Beteiligung der amnestischen Komponente wies ferner die Tatsache hin, daß Pa-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tient Gegenstände seines alltäglichen Lebens schriftlich besser beantworten konnte, wie andere Dinge. Z. B. beantwortete er die Frage nach seinem Namen, seiner Wohnung, der Schule, die er besucht hat, des Geschäftes, in welchem er in Stellung gewesen, recht gut, während er bei anderen Fragen viel mehr versagte. Schließlich konnte bei diesem Patienten noch das merkwürdige Phänomen beobachtet werden, daß er beim Aufschreiben vielstelliger Zahlen oftmals nur die stark betonten Ziffern aufschrieb, die anderen entweder ganz wegließ, oder eine andere dafür einsetzte. Z. B. aufgefordert, die Zahl 43597 zu schreiben, schrieb er 3570 oder dgl. Das deutet doch sicher darauf hin, daß Patient die Klangbilder nur eine ganz kurze Zeit festhalten konnte, lang genug, um sie dem Begriffszentrum zuzuführen, aber nicht lang genug, um sie sofort innerlich wieder zu erwecken, und sie alsdann auf die Sprach- resp. Schreibmuskeln abfließen zu lassen. J. ist demnach der Ansicht, daß in diesem Falle von motorischer Aphasie beide Komponenten, die apraktische und die amnestische, letztere vielleicht noch mehr als die erstere, eine Störung erlitten haben und fragt Liepmann, ob das ev. in der Mehrzahl der Fälle zuträfe. Dann könnte man wohl eigentlich nicht von einer reinen motorischen Aphasie sprechen, und Marie würde dieses vielleicht haben andeuten wollen, aber falsch erklärt haben. (Autoreferat.)

Brodmann teilt die Ansicht Liepmann's, daß man für das motorische Sprachzentrum und demnach auch für das Gebiet, dessen Zerstörung motorische Aphasie macht, eine weit größere Ausdehnung annehmen müsse, als dies nach der klassischen Lehre Broca's allgemein geschieht. Schon theoretische (energetische) Erwägungen sprechen gegen eine so enge räumliche Lokalisation eines derartig hoch komplizierten Apparates, wie er dem Zustandekommen der Expressivsprache zugrunde liegen muß. Dazu kommen die neuerdings bekannt gewordenen Tatsachen der histologischen Lokalisation. B. hat schon vor Jahren (1907) gezeigt, daß die dritte Stirnwindung in ihrer ganzen Fläche einen einheitlichen, von der Umgebung wohl differenzierten und gut umschriebenen Strukturbezirk darstellt, innerhalb dessen man allerdings wieder 3—4 kleinere, voneinander etwas abweichend gebaute, aber mit gemeinsamen Merkmalen ausgestattete Einzelfelder unterscheiden muß. Campbell's Darstellung, welcher diesen Windungszug mit einem großen Teil der ersten und zweiten Stirnwindung zu einem Areal zusammenzieht (seiner intermediate precentral area), ist irrtümlich: grundfalsch und nur durch grobe Unkenntnis elementarster Tatsachen des histologischen Rindenbaues erklärbar ist die Behauptung Nießl von Mayendorf's, die Zone Broca's besitze die gleiche Struktur wie die vordere Zentralwindung und sei wie diese einfach als ein „motorisches" Zentrum anzusehen. Dem ist entgegenzuhalten, daß wesentliche und prinzipielle Unterschiede im Zellen- (und Faser-) Bau der beiden Windungen bestehen; es ist hier geradezu ein scharfer Schnitt zwischen zwei Strukturzonen gemacht. Die vordere Zentralwindung besitzt Betz'sche Riesenzellen, keine innere Körnerschicht und eine völlige Verwischung der Querschnittschichtung, der dritten Stirnwindung fehlen die Betz'schen Zellen völlig, dagegen hat sie eine deutliche innere Körnerschicht und eine wohl ausgeprägte Schichtengliederung überhaupt. Einen größeren Gegensatz kann man sich zwischen zwei Organen kaum denken, und dieser Gegensatz kommt nach O. Vogt auch in der Myeloarchitektonik scharf zum Ausdruck. Den prinzipiellen anatomischen Differenzen werden physio-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

logische entsprechen, und man wird daher annehmen dürfen, daß das motorische Sprachzentrum oder das Gebiet der motorischen Aphasie eher nach vorn als nach hinten eine Vergrößerung erfahren muß. Im Gegensatz zu Liepmann, welcher auf Grund seiner klinischen Erfahrungen zu der Ansicht neigt, das fragliche Gebiet scheine „keinesfalls nach vorn die Pars triangularis zu überschreiten", legen die histotopographischen Tatsachen den Gedanken nahe, den man aber nur mit aller gebotenen Reserve aussprechen wird, daß die ganze dritte Stirnwindung, nicht nur die Pars opercularis, sondern auch die Pars triangularis und die Pars orbitalis, vielleicht sogar ein Teil der eigentlichen Orbitalfläche selbst, speziell der hintere Abschnitt des Gyrus orbitalis medialis, eine höhere funktionelle Einheit darstellen und in ihrer Gesamtheit vielleicht zur motorischen Sprache und deren Störungen in näherer Beziehung stehen. Eine genauere Berücksichtigung der erwähnten anatomisch lokalisatorischen Verhältnisse seitens der Kliniker ist zu wünschen und dürfte in vielen Fällen auch den Physiologen vor Irrtümern bewahren.

Den tierphysiologischen Ausführungen von Rothmann wird man die nötige Skepsis entgegenbringen. Von der Papageiensprache zur Aphasielehre Marie's ist doch ein etwas weiter Schritt, selbst wenn man den Schimpansen als Zwischenstufe einschiebt. Es ist nicht erwiesen, daß die Anthropoiden eine dritte Stirnwindung besitzen. Homologien auf Grund äußerer morphologischer Ähnlichkeit hat schon Gegenbaur gerügt und als nicht stichhaltig bezeichnet; nur der Nachweis des identischen histologischen Baues berechtigt zu dem Schlusse einer anatomischen Gleichwertigkeit. Dieser Nachweis steht aber noch allenthalben aus. Es ist eine Überschätzung des physiologischen Experiments für die menschliche Hirnpathologie und widerspricht außerdem den geschichtlichen Tatsachen, wenn Rothmann behauptet, die menschliche Lokalisationslehre verdanke ihre Kenntnisse den Tierphysiologen. Das von R. angezogene Beispiel der vorderen und hinteren Zentralwindung beweist gerade das Gegenteil. F. Krause hat sich bei seinen Rindenreizungen am Menschen von den damals eben bekannt gewordenen anatomisch lokalisatorischen Tatsachen leiten lassen, und auch Sherrington beruft sich bei seinen Untersuchungen an Menschenaffen auf solche. (Autoreferat.)

Forster konstatiert, daß Rothmann zwar auf die Differenzen hingewiesen hat, die seine eigenen von dessen Anschauungen trennen, daß sie aber doch beide Anhänger der klassischen Aphasielehre sind. Der Kern der Wernicke'schen Lehre bleibt bestehen, auch wenn man mit Monakow weniger Wert auf die Begrenzung der „Zentren" legt, als auf die funktionelle Bedeutung, die gewisse „Foci" durch die in ihnen zusammentreffenden Bahnen besitzen.

M. Rothmann möchte nicht mißverstanden werden. Es ist sehr wohl möglich, daß die höheren motorischen Zentren, wie das Sprachzentrum, ihre Funktion lediglich in dem Zusammenfassen niederer motorischer Zentren haben, die nach Zerstörung des höheren Zentrums auseinanderfallen. Nur die Gesetzmäßigkeit dieser Vorgänge muß festgehalten werden; es darf nicht jedes abweichende Symptom als Diaschisis gedeutet werden. — Gegenüber Brodmann betont er, daß wir wohl durch die menschliche Pathologie vieles von den Extremitätenzentren wissen, aber über die genauere Ausdehnung und Abgrenzung dieser Zentren ohne die Affenexperimente nichts auszusagen vermöchten. Die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anatomische Feststellung der zytoarchitektonischen Rindenfelder hat uns bisher in der Erkenntnis der physiologischen Leistung der Großhirnrinde nicht gefördert. Was aber die Rindenreizergebnisse, wie sie u. a. F. Krause bei Operationen am Menschen gewonnen hat, betrifft, so sind sie durch die experimentellen Feststellungen am Affen, vor allem auch an den Anthropoiden, überhaupt erst möglich geworden. (Autoreferat.)

Liepmann (Schlußwort): Ich freue mich der allgemeinen Zustimmung, trotzdem habe ich mit meinem Vortrag nicht offene Türen eingerannt. Als Marie's Einspruch und reiches Beweismaterial kam, war man wirklich zunächst in Verlegenheit, den ganz zwingenden anatomischen Beweis für die Bedeutung der dritten Stirnwindung zu bringen. Es liegen nun aber eine Reihe einwandfreier und ausreichend untersuchter Fälle vor. Für die feinere Lokalisation ist noch kein Grund, mit dem Bekannten sich in Sicherheit zu wiegen, und viel Arbeit nötig. Der Rothmann'sche Fall ist mir trotz der interessanten Darlegungen des Autors nicht beweisend. Denn um das Symptomenbild durch den Herd im Mark von F_3 zu erklären, muß R. eine Reihe Hilfsannahmen machen, die wir auf Grund zahlreicher anderer Fälle nicht anerkennen können. Er muß annehmen, daß nicht nur die Hauptbahn für das Spontansprechen eine andere ist, als für das Nachsprechen, sondern sogar daß überhaupt kein Spontansprechen über die Bahn des Nachsprechens möglich ist. Nun sprechen aber ebensosehr psychologische Überlegungen, wie klinisch-pathologische Erfahrungen dafür, daß das Spontansprechen hauptsächlich über das Klangbild, und daher vom Schläfenlappen ab, denselben Weg wie das Nachsprechen geht.

Nach der alten, von R. wieder aufgenommenen gegenteiligen Annahme müßten Herde im Innern der Insel durch Unterbrechung der Verbindungen vom akustischen zum motorischen Sprachzentrum das Nachsprechen aufheben, das Spontansprechen verschonen, wie es Wernicke in der Leitungsaphasie annahm.

Nach meinen Erfahrungen bei Inselherden ist es eher umgekehrt: sie gestatten häufig noch ein gutes oder leidliches Nachsprechen bei starker Erschwerung der Spontansprache.

Für das Wesentliche des transkortikalen Symptomenkomplexes — erhaltenes Nachsprechen — kommt überhaupt nicht ein, sondern verschiedene Gesichtspunkte in Betracht. Im allgemeinen ist das Nachsprechen die widerstandsfähigste Leistung, die bei Herden, die nicht alle Wege zerstören, noch persistieren kann, wenn die schwierigere Leistung der freien Sprache schon versagt. Es kommt also neben dem rein topischen ein Gesichtspunkt des Grades in Betracht. Es ist überhaupt die sogenannte transkortikale Aphasie einer sehr verwickelten Erörterung bedürftig, und kann unmöglich mit diesem einen mehrdeutigen Fall entschieden werden.

Auch ist anatomisch ein geschlossenes Bündel von Assoziationsfasern, die von allen Seiten der Rinde nach F_3 zusammenströmten, an der Stelle des Herdes noch unbekannt.

Den außerordentlich wertvollen zytoarchitektonischen Feststellungen von Brodmann kann man für die klinische Lokalisation die wichtige Tatsache entnehmen, daß F_3 einen ganz anderen Typus hat, als die eigentlich motorische Region des Ursprungs der Zungen-, Gesichts- usw. Nerven. Es spricht das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dafür, daß F_3 nicht zusammen mit dem untern Drittel der vorderen Zentralwindung ein einheitliches Zentrum bildet, sondern, daß es ein, von dem motorischen Zentrum der betreffenden Nerven verschiedenes mnestisches Gebiet ist. Für die Einzelheiten läßt sich des weiteren von den zytoarchitektonischen Feststellungen zur Physiologie und Pathologie noch keine Brücke schlagen. Die rein anatomische und die klinisch-pathologisch-anatomische Forschung müssen zunächst noch getrennt marschieren. Der Fortschritt wird zweifellos zu einer Vereinigung der beiden führen.

Was die von Jacobsohn gestellte Frage betrifft, wie man die Unmöglichkeit der inneren Wortfindung von der bloßen Unmöglichkeit, den innervatorischen Komplex zu finden, unterscheidet, so muß im ersteren Falle das Nachsprechen erhalten, im letzteren aufgehoben sein. (Autoreferat.)

Diskussion über den in der vorigen Sitzung vom 10. Mai 1909 gehaltenen Vortrag Stier: Erkennung und Bedeutung der Linkshändigkeit.

Liepmann: Die Untersuchungen von Stier übertreffen an Umfänglichkeit, systematischem Vorgehen und Feinheit der Methoden seine Vorgänger, immerhin sind doch aber von einer Reihe derselben recht wertvolle Feststellungen gemacht worden, die mit den Ergebnissen des Vortragenden zu vergleichen von Interesse ist. Nicht nur Lombroso fand die Linkshändigkeit bei Verbrechern und Epileptikern ganz besonders häufig, dasselbe fand 1881 Tonnini; Marro wollte sogar 28 %, Wey bei Dieben 13 % Linkshänder feststellen. Dem trat nur Baer entgegen, der nur viel Ambidextre, aber sehr wenig Linkser unter den Gefangenen fand, was dafür spricht, daß viel Ambidextre verkappte Linkser sind. Was die Methodik betrifft, so wiesen schon Lombroso, Biervliet und neuerdings Redlich darauf hin, daß die Dynamometerleistungen nicht immer entscheidend seien. Auch Redlich empfahl Gebrauch von Schere und Messer, speziell das Brotschneiden, das Nageleinklopfen zur Entlarvung geheimer Linkser. Durch die weiteren methodischen Maßnahmen des Vortragenden wird nun die praktisch und theoretisch so wichtige Feststellung der Linkshändigkeit vervollkommnet.

Was das familiäre Auftreten der Linkshändigkeit betrifft, so fand Ogle es bei 30 %. Das wichtige Zusammentreffen von Sprachfehlern mit Linkshändigkeit hat Lüddekens 1900 festgestellt. Redlich hat bekanntlich neuerdings die große Zahl der Linkshänder unter den Epileptikern darauf zurückgeführt, daß bei vielen Epilepsie und Linkshändigkeit von einer früh erworbenen Erkrankung der linken Hemisphäre herrühren, die eine ganz leichte Minderwertigkeit der rechten Hand zurückgelassen habe. In diesen Fällen handelt es sich also nach R. um den leichtesten Grad von zerebraler Kinderlähmung. Halbseitenerscheinungen zeigten speziell die singulären, nicht die familiären Fälle.

Hat Vortragender Entsprechendes beobachtet?

Nun scheint nach allem Linkshändigkeit mit sonstiger Minderwertigkeit zusammenzugehen. Aber Linkshändigkeit wird doch auch von einer Reihe besonders genialer Persönlichkeiten berichtet. Die Forschung in dieser Richtung, in der leider bisher die Unterlagen noch sehr schwach sind, wäre eine sehr wesentliche Ergänzung der vorliegenden Untersuchung.

Zum Thema bringt L. ferner eine Demonstration von Photographien, die nach der Hallervorden'schen Methode angefertigt sind. Von ein und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

derselben Filmaufnahme wird eine Kopie und deren Spiegelbildkopie gewonnen, die beiden Kopien in der Mitte zerschnitten und aus den beiden Hälften, welche die linke Gesichtshälfte, und den beiden, welche die rechte Gesichtshälfte darstellen, durch Zusammenkleben ein Bild hergestellt, so daß ein Linksmensch und ein Rechtsmensch entsteht. Es bestätigen sich dabei die Behauptungen Hallervorden's, insofern erstens auf diesem Wege auffallend starke Differenzen in Form und Ausdruck der beiden Gesichtshälften hervortreten, die beim Beschauen des Menschen, wenn es sich nicht um ausnahmsweise starke Asymmetrien handelt, der Beobachtung entgehen. Auf manchen Bildern sehen der Links- und Rechtsmensch kaum verwandt aus. Es ist, als ob verschiedene Ahnen in den beiden Gesichtshälften wiederkehrten. Ferner scheint auch nach diesen Bildern, daß bei den meisten Menschen die rechte Gesichtshälfte die belebtere, ausdrucksvollere ist, also die von der linken Hemisphäre innervierte. Bei den Bildern eines Linkshänders ist es umgekehrt.

Die Entscheidung, welche Seite „ausdrucksvoller" ist, ist nun oft sehr schwierig, und die Urteile differieren, wenn auch die Majorität sich meist zugunsten der rechten aussprach. Ein besser verwendbares Kriterium erscheint mir daher folgendes: es ist ganz auffällig, daß man meist das Rechtsbild als das dem Menschen ähnlichere erklärt, woraus hervorgeht, daß wir instinktiv den Ausdruck der rechten Gesichtshälfte meist als das eigentlich Charakteristische des Menschen auffassen. Auf die verschiedenen Momente, die bei dieser Asymmetrie noch in Betracht kommen, gehe ich in dieser Diskussionsbemerkung nicht ein. (Autoreferat.)

Bernhardt bemerkt, daß in den von Liepmann gezeigten Photographien die linken Gesichtshälften sämtlich erheblich schmäler und länger waren, als die rechten.

Gutzmann: Stier hat eine gute Methodik der Untersuchung von Linkshändigkeit bei Erwachsenen angegeben. Von Wichtigkeit und in vieler Beziehung klärend sind auch Untersuchungen an kleinen Kindern. G. hat derartige Versuche angestellt und kann die Biervliet'schen Resultate bestätigen. Schon nach 2—3 Wochen kann man eine bessere Innervation der rechten Hand feststellen. Beim Baden wird bereits der rechte Fuß stärker dorsal flektiert als der linke. Auch Lüddeckens hat derartige Beobachtungen gemacht. Auf die Linksbeinigkeit — dieser Ausdruck erscheint treffender als Linksfüßigkeit —, wird bereits 1832 von Charles Bell aufmerksam gemacht. Die Überlegenheit des rechten Beines wird an Ballettänzerinnen, Reitern usw. unbedingt anerkannt. Auch G. hat die Linkshändigkeit häufig bei Sprachstörungen gefunden, diese Tatsache aber für allgemein bekannt gehalten. Von Maaß wurde besonders darauf hingewiesen, daß die herausgestreckte Zunge bei Linksern häufig zittert. Maaß hält das für den Ausdruck zentraler Veränderungen. Bei starken Stotterern findet man häufig eine Hemihyperplasie der Zunge. Unter 50 Stotterern fand G. 7 Linkser = 14 %. Unter den Stammlern dagegen fast 50 %, besonders häufig sind die schlecht begabten vertreten. Diese Zahlen stimmen mit den von Lüddekens' überein. Die jetzt wieder betonte Linkskultur wollte Franklin bereits vor 100 Jahren einführen. Man wollte sie weiter üben, um Ambidextrität anzustreben.

Alfred Rothschild (als Gast) stellt ein junges Mädchen vor, das als Kind linkshändig war und durch Hypnose rechtshändig gemacht wurde, ein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall, von dem Stier in seinem Vortrag über Linkshändigkeit in der letzten Sitzung gesagt hatte, daß er ein Unikum sei, aber daß er nichts Genaueres über denselben habe eruieren können. Rothschild hat den Fall in den Jahrbüchern für Psychiatrie und Neurologie von J. Fritsch 1897 veröffentlicht unter dem Titel: „Zur Frage der Ursachen der Linkshändigkeit". Er berichtet, daß die Mutter des damals vierjährigen Mädchens alles mögliche versucht hatte, um das Kind zum Gebrauch der rechten Hand anzuhalten, z. B. ihm die linke Faust beim Spielen zusammengebunden habe, damit es den Kreisel mit der rechten Hand antreibe, trotzdem habe es mit der linken zusammengebundenen Hand die Peitsche zum Kreiselantreiben geführt. Also könne man nicht sagen, es sei eine „geringe Anlage zur Linkshändigkeit" gewesen, wie es der Anatom Gaupp annehme in einer eben erschienenen Arbeit: Über die Rechtshändigkeit des Menschen von Prof. E. Gaupp in Freiburg i. B., Jena 1909, Seite 20 (R. reicht die Arbeit herum). Nach drei hypnotischen Suggestionen sei das Kind dann dauernd rechtshändig geworden, nach $2^1/_2$ weiteren Jahren hat Rothschild dann den Fall veröffentlicht und beschrieben, daß jetzt (damals) der rechte Arm an Ober- und Unterarm je 1 cm dicker und die rohe Kraft der rechten Hand stärker war als links. Rothschild ergänzt den Befund an dem jetzt 18 Jahre alten anwesenden Mädchen dahin, daß diese Dickendifferenz der Arme ebenso bestehe, aber jetzt auch der rechte Arm 1 cm länger sei, als der linke; ferner, daß das Fräulein nur mit der rechten Hand Brot schneiden könne, nicht ambidexter sei. Hereditär und anatomisch sei keine Ursache der ursprünglichen Linkshändigkeit festzustellen gewesen. Rothschild korrigiert zugleich einen sinnentstellenden Druckfehler seines Aufsatzes, Seite 340, Zeile 10 von oben müsse es heißen: rechte Hand, nicht linke.

Die anwesende Mutter des Mädchens erklärt auf eine Frage Rothmann's an Rothschild, wann die Mutter zuerst die Linkshändigkeit bemerkt habe, daß das im zweiten Lebensjahr von ihr bemerkt worden sei.

Liepmann glaubt, daß es sich um ein von Hause aus rechtshändiges Individuum handelt, bei dem irgendwelche Umstände auf autosuggestivem Wege eine zeitweise Bevorzugung der linken Hand herbeigeführt, daß die Hypnose nur die Autosuggestion beseitigt und den ursprünglichen Zustand wieder hergestellt hat. Er fragt den Vortr., ob das Kind sonstige nervöse Zeichen dargeboten habe.

Alfred Rothschild: Auf die Frage, ob das Kind hysterisch gewesen sei, bemerkt Rothschild, daß er weder am Kind damals, noch an der Familie darüber irgendeinen Anhalt gehabt habe, im Gegenteil handle es sich um eine ganz normale, gesunde Familie. (Autoreferat.)

Stier ist gleichfalls der Meinung, daß man wohl annehmen müsse, das Mädchen sei jetzt und immer rechtshändig veranlagt gewesen, durch äußere, jetzt nicht mehr festzustellende Ursachen als Kind vorübergehend scheinbar linkshändig geworden, und durch die Hypnose sei dann nur die ursprüngliche Anlage manifest geworden. Er bittet, ihm Gelegenheit zu einer ausführlichen Untersuchung des Mädchens zu geben, und hofft durch Prüfung der Sensibilität und der Geschicklichkeit der Füße und des Fazialis nach seiner Methode ein Urteil darüber zu gewinnen, ob jetzt eine totale Linkshirnigkeit besteht; er wird dann später auf den Fall zurückkommen. (Autoreferat.)

Rothschild: Das Fräulein benutzt, wie sie sagte, zum Anspringen stets den rechten Fuß. Der Redner betont, daß zur Zeit seiner ersten Beobachtung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieses Falles und seiner Beschreibung die Diagnostik dieser Dinge noch nicht so ausgebildet war, wie sie anscheinend jetzt sei; seine eigene ausführliche Literaturzusammenstellung in seinem genannten Aufsatz sei wohl die erste vollständige gewesen. (Autoreferat.)

Die Fortsetzung der Diskussion wird vertagt.

III. Bibliographie.

August Knoblauch: Klinik und Atlas der chronischen Krankheiten des Zentralnervensystems. Mit 350 zum Teil mehrfarbigen Textfiguren. Berlin, Julius Springer, 1909.

Erst vor kurzem ist im Springer'schen Verlag ein Lehrbuch der Nervenkrankheiten (Curschmann) erschienen und nun tritt der gleiche Verlag mit einem pompösen Werke über die chronischen Krankheiten des Zentralnervensystems hervor. Das Buch wirkt vor allem durch die große Zahl guter, großenteils sehr instruktiver Abbildungen und durch die treffliche didaktische Art, mit der der Verf. seine neurologischen Lehren entwickelt. Knoblauch hat als Arzt des Frankfurter Siechenhauses ein großes Krankenkontingent auf dem hier behandelten Gebiete. Was er in seinem Buche gibt, sind Vorlesungen, die er in ärztlichen Fortbildungskursen gehalten hat. Es handelt sich um kein systematisches Lehrbuch, es sind keineswegs alle chronischen Krankheiten behandelt, sondern nur das praktisch Wichtige und das neurologisch Interessante ist ausgewählt und wird — meist an der Hand einzelner klinischer Beispiele — vor dem Leser entwickelt. Es gibt wohl kein Lehrbuch der Neurologie, in dem die Anschauung so sehr zum Verständnis des Gesagten mithilft, wie im vorliegenden Buche. Das große Lehrtalent, das in dem Buche zu Worte kommt, zeigt sich namentlich in der Auswahl und Ausgestaltung der Bilder. Die Gruppierung des Inhaltes hat der Verf. folgendermaßen vorgenommen: 1. Krankheiten des Rückenmarks, der peripheren Nerven und der Muskulatur. Hier wird zunächst die spinale segmentäre Innervation der Sensibilität und der Motilität und ihre Bedeutung für die Gestaltung klinischer Bilder (Herpes, Kaudaläsionen usw.) besprochen; damit geht Hand in Hand die Entwicklung der Krankheitsbilder des spinalen Abschnittes der kortikomuskulären Bahn. Bei den Erkrankungen der Muskulatur findet namentlich die osteomalazische Lähmung eine detaillierte Schilderung. Von „diffusen" Rückenmarksleiden werden die Syringomyelie, die Pachymeningitis spinalis externa und die Kompressionsmyelitis dargestellt. Der 2. Abschnitt umfaßt die beiden chronischen Hauptkrankheiten des Rückenmarks, die Tabes und die multiple Sklerose. Der Verf. geht hier bei so vor, daß er den einzelnen Symptomen besondere Kapitel widmet. So bringt das erste Kapitel dieses Abschnittes die Physiologie und Pathologie der Irisbewegungen, dann das folgende die Kardinalsymptome der Tabes, jedes in einem besonderen kleinen Abschnitt, an einzelnen Fällen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erläutert. Dem Kapitel über die multiple Sklerose ist in Anhang „Paralysis agitans und Tremor senilis“ beigegeben. Sehr interessant ist das Kapitel über Tuczek's „genesenen Paralytiker“; man sieht daraus, welchen Wert eine anschauliche Krankengeschichte hat: man überzeugt sich beim Lesen dieser Krankengeschichte, daß der Kranke in der Tat auch klinisch in seinem späteren Krankheitsverlauf wohl Tabiker aber kein Paralytiker war, was dann die anatomische Untersuchung ebenfalls ergab. Die Krankheiten des Gehirnes bilden den 3. Abschnitt des Buches. Hier werden die hauptsächlichsten Formen (Hemiplegie und Monoplegie, Aphasie, Bulbär- und Pseudobulbärparalyse, Hemianopsie, Lues cerebri, Folgezustände der Encephalitis, infantile Diplegie, Hydrozephalus, Hirntumor, Akromegalie u. a.) unter Mitteilung einzelner prägnanter Fälle besprochen und mit vielen Abbildungen veranschaulicht. Der letzte Abschnitt (Epilepsie und Hysterie) gibt zwar viele gute Bilder, kann aber bei seiner Kürze textlich nicht recht befriedigen; hier herrscht der Atlas vor, die klinische Betrachtung ist sehr schematisch und summarisch.

Der Hauptwert des Buches liegt, um es noch einmal hervorzuheben, in der Art der Darstellung, in dem großen Geschick, mit dem ein für den praktischen Arzt schwieriges und oft vernachlässigtes Gebiet der Pathologie anschaulich und leicht verständlich gemacht wird. Dem, der über Neurologie vorzutragen hat, werden viele der Abbildungen als Anschauungsmaterial willkommen sein.

Gaupp.

Jellinek: Atlas der Elektropathologie. Wien, Urban und Schwarzenberg, 1909. Preis 35 M.

Ein Prachtwerk, das die früheren Lehren Jellinek's über Elektropathologie in trefflicher Weise ergänzt. Ich hatte 1904 Anlaß, das Buch des gleichen Verfassers in diesem Zentralblatt (S. 126—128) ausführlich zu besprechen. Der nunmehr erschienene Atlas bringt 96 Tafeln mit 230 meist farbigen Abbildungen und 16 Textfiguren von Objekten, deren Originalien sich in der Sammlung des K. K. Universitätsinstituts für gerichtliche Medizin in Wien befinden; sie bilden dort die elektropathologische Abteilung des Instituts. Das gesamte Material wird vom Verf. in drei Gruppen eingeteilt. Die erste Gruppe behandelt die Schädigungen des Menschen durch elektrische Starkströme, also den „elektrischen Unfall“ (Tafeln I—LIX). In der zweiten Gruppe erläutert und veranschaulicht der Verf. die Materialschäden, wobei anhangsweise einige Modelle zur Orientierung beigegeben sind. Die dritte Gruppe behandelt die besonders interessanten Organ- und Materialschäden durch Blitzschlag.

Sämtliche Abbildungen sind technisch meisterhaft und sehr instruktiv.

Gaupp.

Bing: Kompendium der topischen Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1909. 200 S. 6 M.

Dieses knappe, den praktischen Bedürfnissen angepaßte Vademekum hat nach den Worten des Verfassers seine Hauptaufgabe darin, „ein vielfach als sehr kompliziert verrufenes Gebiet möglichst einfach und übersichtlich darzustellen und im konkreten Falle auch dem Fernerstehenden ein rasch orientierender Berater zu sein“. Dieses Ziel ist in dem Bing'schen Buche in vorzüglicher Weise erreicht; überall ist das Wesentliche in sehr übersichtlicher Weise zu-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sammengestellt, Kontroverses weggelassen und auch schwierige Kapitel aus der Lokalisation, besonders im Großhirn, werden in Einfachheit und Klarheit behandelt. Die schematischen Abbildungen sind durch besondere Prägnanz ausgezeichnet. Spielmeyer.

Merzbacher: Untersuchungen über die Morphologie und Biologie der Abräumzellen im Zentralnervensystem. Histolog. und histopatholog. Arbeiten. Herausgegeben von Nißl und Alzheimer. III. Band, I. Heft. Gustav Fischer, Jena, 1909. 142 Seiten. 7 Tafeln.

Unter „Abräumzellen" versteht Merzbacher „alle jene Zellen, denen die Funktion zukommt, geformte und ungeformte Abbauprodukte des Zentralnervensystems aufzunehmen, zu verarbeiten und wegzuschaffen". „Körnchenzellen", „Gitterzellen" sind nur Abarten dieser Zellspezies; die „Abräumzellen" stellen die höhere Ordnung dar, in die sich jene einreihen. Die Bezeichnung dieser Zellen als „Abräumzellen" weist darauf hin, daß ihnen ein aktives Verhalten im Sinne des „Abräumens" zukommt, daß in diesen Elementen etwas gesucht, einverleibt und weggeschafft wird. Diese Aktivität komme in einer Reihe von bestimmten Merkmalen zum Ausdruck, welche die Wahl dieses neuen Namens rechtfertigen.

Unter den morphologischen Eigentümlichkeiten sind am wesentlichsten die Neigung zur Rundung und die Bildung von Maschen, Kammern und Gitterwerk. Das morphologische Verhalten wird besonders durch die Funktion bestimmt; danach kann man die aktiven beweglichen Abräumzellen und die passiven oder fixen Abräumzellen unterscheiden. Ihre Hauptbrutstätte sind die mesodermalen Zellen von embryonalem Typus. Zellen junger Gefäßsprossen wandeln sich in Gitterzellen um; äußerst chromatinreiche Elemente mit dunklem Kerne sind die Mutterzellen der histiogenen Abräumzellen. Ob es mehr Endothel- oder Adventitialzellen sind, die der Metamorphose anheimfallen, läßt sich im allgemeinen schwer entscheiden. Die histiogenen Abräumzellen können geradezu als Prototyp dieser Zellformen gelten; ihre Entstehung aus wuchernden mesodernalen Zellen des (embryonalen) Narbengewebes und junger Gefäße vollzieht sich stürmisch, im Verhältnis von allem zu der viel langsameren Umwandlung von Gliazellen zu Abräumzellen. Die Endprodukte der Umwandlung können hier wie dort so ähnlich sein, daß eine Unterscheidung zwischen histiogenen und gliogenen Abräumzellen in den Endstadien kaum noch möglich erscheint und ihre histogenetische Trennung nur auf Grund der Vergleichung von Zwischenformen erfolgen kann. Zwei verschiedene Arten von gliogenen Abräumzellen kann man unterscheiden: aktive bewegliche und fakultative fixe Elemente.

Im einzelnen kann im Referat auf die morphologischen Charaktere nur die Frage nach der Genese der Abräumzellen, ihr Werden und Vergehen, die regressiven Endstadien, die Verschiedenartigkeit der Zelltypen in den verschiedenen Phasen ihrer Entwicklung, die Unterschiede zwischen gliogenen und histiogenen Zellen usw. nicht eingegangen werden. Merzbacher hat sich bemüht, alle diese Dinge in sehr anschaulicher Weise durch Abbildungen zu erläutern. Auch über die Methoden zur Darstellung der Zellen und ihrer Einschlüsse berichtet ein kurzes Kapitel.

Die Einschlüsse glaubt Verf. in zwei Klassen einteilen zu sollen, in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

solche, die in der Form, wie wir sie in der Zelle finden, von dieser aufgenommen worden sind (exogene Einschlüsse) und in solche, die erst in der Zelle selber gebildet werden (endogene Einschlüsse). Merzbacher betont jedoch selbst, daß dieser Einteilungsversuch nicht einwandsfrei und nicht streng durchzuführen ist. — Das von ihnen überschwemmte Gebiet können die Abräumzellen aktiv oder passiv verlassen und nach weiter von dem Herde entfernt liegenden Gegenden gelangen, wo sie regressiven Veränderungen verfallen, wie z. B. in der Glia. Aber sie können auch an Ort und Stelle zugrunde gehen.

Auf Grund seiner ausführlichen Untersuchungen über die morphologischen und genetischen Eigentümlichkeiten seiner Abräumzellen und ihrer regressiven Endstadien versucht Merzbacher dann in einem allgemeinen Kapitel eine Entscheidung der Frage, inwieweit dem von ihm neu eingeführten „Begriffe der Abräumzellen sich jene zelligen Elemente unterordnen, die bald unter dem Namen der Körnchenzelle, bald unter dem der Gitterzelle, bald endlich unter dem der epitheloiden Zelle in die Histopathologie des Zentralnervensystems eingeführt worden sind". Die Bezeichnungen „Gitterzelle" und „Körnchenzelle" haben nur für solche Elemente unter den Abräumzellen Geltung, die ausgezeichnet sind durch das Vorhandensein einer wohlausgeprägten Gitterstruktur oder durch die Anwesenheit von Körnchen; auch bei der sogenannten „epitheloiden Zelle" haben wir es nur mit einer morphologisch besonders gekennzeichneten, aber biologisch von den anderen Elementen nicht zu trennenden Zellabart zu tun. Alle jene Zellen, die mit Unrecht voneinander getrennt worden seien, lassen sich ihrer biologischen Aufgabe nach in eine Gruppe einreihen; auch die verschiedene Genese stehe dieser einheitlichen Zusammenfassung nicht hindernd im Wege.

Ein besonderes Verdienst der Arbeit Merzbacher's liegt wohl darin, daß M. in seinen Studien auch das Wesen und die Bedeutung der „Körnchenzellen" im embryonalen Zentralnervensystem berücksichtigt hat. Die einander entgegenstehenden Anschauungen von der physiologischen und von der pathologischen Bedeutung dieser Elemente sind auch heute noch nicht klar zugunsten des einen oder anderen entschieden. Ein interessanter geschichtlicher Überblick leitet zu den Berichten über des Verfassers eigene Untersuchungen über. Aus den Befunden an tierischen Embryonen läßt sich die Richtigkeit der Anschauung beweisen, daß das Vorhandensein von Körnchenzellen an sich als ein physiologischer, mit der Entwicklung des Zentralnervensystems im Zusammenhang stehender Vorgang zu betrachten ist. Die Einwirkung eines pathologischen Momentes ist bei Tieren sicher auszuschließen, während ja bei menschlichen Früchten und Neugeborenen das nicht ohne weiteres möglich ist. Die embryonalen Körnchenzellen lassen sich in zwei Gruppen teilen: ein Teil der Körnchenzellen kommt nämlich sowohl im zentralen Gewebe wie auch außerhalb in den Hüllen und Plexus des Zentralorgans in großer Menge vor; ein anderer kleinerer Teil tritt nur im nervösen Gewebe selbst auf, und das sind wahrscheinlich Gliaabkömmlinge. Sie sind durch lange Fortsätze gekennzeichnet und M. glaubt sie als „pathologische Körnchenzellen" ansehen zu sollen. „Die Körnchenzellen, die übrig bleiben, wenn man von den im menschlichen Gehirne vorkommenden diejenigen abzieht, die auch im tierischen vorkommen, können als durch pathologische Prozesse entstandene, als pathognomonische Körnchenzellen aufgefaßt werden."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die physiologischen Körnchenzellen ist M. geneigt, für Aufbauzellen zu halten, es erscheint ihm wahrscheinlich, daß das Fett und andere das Myelin mitkonstituierende chemische Körper, die diese Zellen enthalten, zum Aufbau, speziell der Markscheide, verwendet werden, zumal sie in ihrem zeitlichen und örtlichen Auftreten an die Gesetze der Markreifung gebunden sind. Im Gegensatz zu diesen normalerweise und regelmäßig auftretenden Gebilden findet sich die andere Gruppe von Körnchenzellen nur unter pathologischen Bedingungen, sie hat mit der normalen Entwicklung und dem Aufbau des Gehirns nichts zu tun. So werden nach Merzbacher die Widersprüche zwischen den sich bekämpfenden Ansichten (Virchow, Jastrowitz) überbrückt, wenn man annimmt, daß es eben verschiedene Formen von Körnchenzellen in dem sich entwickelnden Nervensystem gibt, „verschieden nicht nur nach ihrem äußeren Verhalten, sondern verschieden auch nach ihrer Entstehung und Bedeutung".

„Wir würden," so schreibt Merzbacher gegen Ende seiner Arbeit, „künftigen Untersuchern einen schlechten Dienst erweisen, wenn wir fortfahren würden, von der Existenz von ‚Körnchenzellen' im embryonalen Zentralnervensystem zu sprechen." M. schlägt deshalb vor, die erste Gruppe, die „physiologischen Körnchenzellen", als embryologische Aufbauzellen zu bezeichnen und die zweite Gruppe mit dem Namen der körnig metamorphosierten Gliazellen zu belegen. „Weiterhin wollen wir feststellen, daß zwischen Abräumzellen und Aufbauzellen im Prinzip kein durchgreifender Unterschied besteht."

Das mag sein. Aber dann erscheint uns doch die Bezeichnung „Abräumzellen" für alle diese Elemente nicht eben zutreffend; wir können nicht zugeben, daß für Körnchenzellen, Gitterzellen, epitheloide Zellen usw. und auch für die embryonalen physiologischen Körnchenzellen, die dem Aufbau dienen, mit der Bezeichnung „Abräumzellen" ein „übergeordneter Begriff" gefunden sei. Das widerspricht doch dem Sinne des Wortes „Abräumzellen" — und Merzbacher definierte ja selber eingangs, daß Abräumzellen „alle jene Zellen seien, denen die Funktion zukommt, geformte oder ungeformte Abbauprodukte des Zentralnervensystems aufzunehmen, zu verarbeiten und wegzuschaffen".

Aber durch diese etwas unglückliche Nomenklatur wird natürlich der Wert der sehr sorgfältigen Studien Merzbacher's sonst nicht beinträchtigt. Und gerade wegen ihres Wertes glaubten wir, hier eine ausführliche Besprechung von Merzbacher's Habilitationsarbeit bringen zu sollen. Spielmeyer.

IV. Referate und Kritiken.

Psychiatrie und Neurosen.

Karl Schaffer: Zur Technik der hypnotischen Behandlung.
(Zeitschrift f. Psychotherapie u. med. Psychol., Bd. I, Heft 2.)

Schilderung zweier Fälle von Hysterie, aus denen hervorgeht, wie erfolglos auch bei leichter Hypnotisierbarkeit und guter Suggestibilität Heileinwirkungen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oft bleiben, wenn sie schematisch erteilt werden, ohne Berücksichtigung einer genauen Analyse der hysterischen Störung.

Beim ersten Fall handelt es sich um eine hysterische Stummheit. Die Patientin zeigte sich allen Suggestionen gegenüber refraktär, bis man erkannt hatte, daß der Stummheit eine absolute Regungslosigkeit der zur Lautbildung nötigen Muskeln zugrunde lag, und man einen intrahypnotischen Lautunterricht begann. Der zweite Fall ist ein Mädchen mit hysterischer Harnretention; dieselbe wurde, weil sie fieberte, und man in ihrem Urin Tuberkelbazillen und bei der Funktionsprüfung eine Insuffizienz der linken Niere gefunden zu haben glaubte, dem Chirurgen überwiesen. Der vorsichtige Operateur konnte sich aber von der Erkrankung der bloßgelegten Niere nicht überzeugen und schloß die Wunde wieder. Später von einem Verdacht schöpfenden Nervenarzte ausgeführte Kontrollmessungen ergaben, daß Temperatursteigerungen nur auftraten, wenn man der Patientin das Messen überließ. Daraufhin lange Zeit vorgenommene Wachsuggestion und Hypnose führten zu keinem Erfolg, bis sich herausstellte, daß die Bauchpresse vollkommen funktionsunfähig war. Als dann intrahypnotisch eine energische Gymnastik der Bauchmuskeln mit den entsprechenden Suggestionen eingeleitet wurde, war das hartnäckige Leiden innerhalb weniger Wochen verschwunden. Den Schluß der Arbeit bildet eine kurze Polemik gegen Laquer (Neurolog. Zentralblatt 1908, Nr. 23), dessen die Hypnotherapie durchaus ablehnenden Standpunkt der Verfasser energisch bekämpft.

Koschella (Stuttgart).

Gutzmann (Berlin): Über die Behandlung der Neurosen der Stimme und Sprache.

(Mediz. Klinik, 1909, Nr. 20.)

In seiner Abhandlung, der ein Vortrag auf der Berliner Versammlung der Balneologischen Gesellschaft zugrunde liegt, gibt G. einen Überblick über die neurotischen Störungen der Sprache, welche lange Zeit ein Stiefkind der Medizin waren, in den letzten Jahren aber außerordentliche und praktisch eminent wichtige Aufklärung gefunden haben: Stottern, Aphthongie, funktionelle Aphasie, Aphonia spastica, Phonasthenie der Offiziere und Sänger u. a. m. Wichtig ist, daß fast in allen Fällen die lokalen Erscheinungen auf dem Boden einer neuropathischen Konstitution erwachsen. Die psychischen Abweichungen aber sind meist eine Folge des Leidens; deshalb hat die vorwiegend psychotherapeutische Richtung Fiasko gemacht, die Hypnose nicht nur fast keinen Erfolg gehabt, sondern teilweise sogar Schaden gestiftet. Vielmehr haben exakte Untersuchungen mittels der graphischen Methodik (Atmungsgürtel) nachweisen können, daß immer fehlerhafte Bewegungen im Sprachapparat, z. B. fehlerhafte Inspiration zugrunde liegen. Deshalb ist das wesentliche systematische, eben wieder durch die graphische Methode kontrollierte Atmungsübung. Unterstützt wird sie mit bestem Erfolg durch Vibration des Kehlkopfs. G. verwendet zu diesem Zweck in sinnreicher Weise eine elektrisch betriebene Stimmgabel. Großer Wert ist auf die Allgemeinbehandlung mit Hilfe der Hydro-Elektro-Klimatotherapie zu legen. Oft hat die Regelung des Stuhlgangs einen eklatanten Erfolg, eine Tatsache, die schon vor langen Zeiten beobachtet war, und die G. bestätigen kann.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

J. Roubinovitch: Les injections du liquide céphalorachidien autogène dans le traitement des états asthéniques d'origine organique ou fonctionelle. (Injektionen der eigenen Zerebrospinalflüssigkeit als Behandlung organischer oder funktioneller Asthenien.)

(Bulletin de la Société clinique de médicine mentale, Bd. I, H. 5, 1908.)

Verf. hatte beobachtet, daß Liquor von Nichtepileptischen bei intramuskulärer Injektion auf den Zustand von Epileptikern günstig einwirkt. Desgleichen fand er bei einem Paralytiker, der apathisch, stumm, regungslos war, einen hervorragenden Erfolg nach Injektion des Liquors des Kranken selbst. Schon den folgenden Tag begann der Pat. zu reden, es zeigte sich etwas mimischer Ausdruck. Diese Veränderung ging mit etwas Pulsbeschleunigung und Ansteigen des Blutdruckes einher und schwand mit diesen nach einigen Tagen.

Vorstellung eines Kranken, der nach dem in der Irrenanstalt erfolgten Tode seines Vaters an neurasthenischen Zuständen mit intensiven und anhaltenden Kopfschmerzen erkrankt. Ein Jahr darauf akquirierte er eine Lues, die behandelt wurde. Die Beschwerden nahmen zu, er wurde arbeitsunfähig, äußerte Selbstmordideen. Lumbalpunktion und intramuskuläre Injektion der entnommenen 15 ccm Liquor. Durch 8 Tage bestanden Schwindel und Übelkeit (Folgen der Punktion). Der psychische Zustand besserte sich sofort, Pat. nahm seine Arbeit wieder auf und ist bis jetzt (50. Tag nach der Injektion) gesund geblieben.

Allers (München).

A. Kühner: Das Stottern und dessen Heilung durch Galvanisation.

(Der Kinderarzt, 1908, Nr. 12.)

Der Verf. empfiehlt zur Behandlung des Stotterns bzw. der ihm zugrunde liegenden Präkordialangst die lokale Galvanisation der Herzgegend mit einem besonderen Apparate. Er geht sogar daran zu untersuchen, „inwiefern der Pente-Apparat durch Bekämpfung der Präkordialangst zur Verhütung und Heilung von Geistesstörungen beizutragen vermag". Viel Glück!

Kutner (Breslau).

Max Lähr: Die Nervosität der heutigen Arbeiterschaft.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LXVI, 1.)

Die allgemeine „Reizsamkeit", welche ein Charakteristikum der Menschen des kapitalistischen und Maschinenzeitalters ist, wächst bei einigen Individuen ins Pathologische zur Nervosität. Die Zusammenhänge zwischen Kultur und Nervosität beleuchtet Verf. an einem Ausschnitt, den nervösen Erkrankungen der Arbeiterschaft. Die Ursachen für sie sind neben den schlechten hygienischen Verhältnissen, der mangelhaften Ernährung und Überanstrengung nicht zum mindesten die durch die kulturelle Entwicklung bedingte Loslösung von den bisherigen Arbeitsbedingungen und Unsicherheit der gesamten Lebensführung. Es tritt jedoch schon eine deutliche Milderung aller dieser Verhältnisse ein. Je mehr sich dabei aber die Lebenshaltung des Arbeiters der bürgerlichen nähert, um so mehr läuft er Gefahr, infolge der Kulturbedürfnisse in die typische Nervosität dieser Klasse zu verfallen. Die bisherige Entwicklung lehrt gleichzeitig, daß die Bevölkerung nicht einem unheilbaren Verfall entgegen geht, sondern von einer höheren geschichtlichen Warte aus sieht man, daß rasche

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kulturelle Umwandlungen zwar anfänglich Schädigungen bringen, aber gleichzeitig auch die Bedingungen für den Ausgleich und die Wiederherstellung enthalten. Chotzen.

A. Ferenczi: Die Bedeutung der Ejaculatio praecox.

(Urologische Beilage der Budapesti orvosi ujság, 1908, Nr. 4, Ungarisch.)

Verf. will die in der Ehe so häufige Ejaculatio praecox des Mannes damit erklären, daß beim Manne, infolge des außerehelichen Geschlechtsverkehres eine sexuelle Hyperästhesie besteht, während die Frau, wegen Erziehung und vorhergehender Abstinenz, sexuell hyp- oder anästhetisch ist.

Epstein (Nagyszeben).

H. Dexler (Prag): Die amerikanischen Schreck- oder Ohnmachtsziegen.

(Die Umschau, Frankfurt a. M., 1909. Bd. XIII, Nr. 12.)

Im Jahre 1904 brachte eine tierärztl. Zeitschrift die Nachricht, daß auf der Ewell-Farm zu Spring Hill, Maury County in Nordamerika eine Herde von 70 Ziegen gehalten werde, die sich durch eine abnorm gesteigerte Empfindlichkeit gegen die verschiedenen Sinnesreize auszeichnen sollten. Es wurde berichtet, daß diese Tiere, die man „Ohnmachtsziegen", „steife" oder „nervöse Ziegen" benannt hat, schon bei lautem Anrufen plötzlich zu Boden fielen und in Krämpfen liegen blieben, deren Spannung so stark wäre, daß die Muskeln sich bretthart anfühlten. Dieser Anfall, der mit angestrengtem Atem, kleinem, nicht fühlbarem Pulse und weit hervortretenden Augen einherginge, verschwände bereits nach wenigen Minuten, worauf anscheinend völliges Wohlbefinden Platz greife; in besonders schweren Fällen blieben die Tiere aber auch tot am Platze.

Prof. Dexler nun ist der Richtigkeit dieser Meldung nachgegangen und konnte durch Schriftwechsel mit Dr. Gudernatsch von der Cornell-Universität, der sich wieder auf die Beobachtungen von White und Plaskett in Nashville bezieht, folgendes eruieren. Diese sog. Ohnmachtsziegen unterscheiden sich äußerlich kaum von normalen Ziegen, abgesehen davon, daß sie etwas zarter gebaut sind. In ihren Lebensäußerungen weichen sie aber insofern von diesen beträchtlich ab, als sie in der Tat alle sehr scheu und in krankhafter Weise schreckhaft sind. Wenn man diese Tiere überrascht oder erschreckt (schon durch Anrufen), so werden sie vollkommen steif und fallen beim Versuche wegzulaufen um. Der Anfall hält nur wenige Sekunden an; wenn das Erschrecken auch länger anhält, erheben sich die Ziegen doch bald und galoppieren davon. Wenn sie dann einmal in Bewegung sind, fallen sie nur schwer durch Erschrecken von neuem um, bis eine gewisse Ruhepause vorbei ist. — Soweit aus diesen spärlichen Angaben ein Urteil möglich ist, handelt es sich nach D., der ein guter Kenner der Tierpsychosen ist, „um eine bei Säugetieren nicht gewöhnliche Schreckreaktion, die von den verschiedenen Sinnesgebieten ausgelöst werden kann und zu allgemeinen starren Muskelkrämpfen führt. Sie dürfte mit einer Unlustempfindung verbunden sein, weil die Tiere das Springen vermeiden. Der Krampf tritt reflexartig ein, und die Schreckempfindlichkeit erschöpft sich wie ein Reflex bald bei gehäufter Einwirkung des Reizes. Wir hätten dann keine zentrale, affektive oder psychisch bedingte Muskelkontraktion, also kein Schreckphänomen, sondern bloß eine gesteigerte Muskelerregbarkeit vor uns." Erblichkeit hält Dexler für erwiesen. Er erblickt in dem Phänomen wahrscheinlich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Stammesvererbung einer degenerativen Eigenschaft, die möglicherweise in Parallele zu stellen ist mit den Sinnesstörungen der Tanzmäuse und albinotischer tauber Tiere. — Über die Herkunft dieser Ziegen, die dort schon seit 50 bis 60 Jahren rein gezüchtet werden, weiß man nichts Näheres. — Todesfall infolge des eigenartigen Zustandes ist nie beobachtet worden.

Buschan (Stettin).

D'Abundo (Catania): Stati nevropatici consecutivi al terremoto del 28 dicembre 1908 in Sicilia.

(Riv. it. d. Neuropat., Psich. ed Elettroterap., II, 2.)

Ein Fachmann, der quasi Augenzeuge war, schildert in dieser Arbeit die Wirkung des Erdbebens in Sizilien auf die Psyche seiner Landsleute. Es mag gleich vorweggenommen werden, was die Völkerpsychologie angeht, daß diese Wirkung auf verschiedene Naturelle und also auf das Gemüt verschiedener Völker verschieden ausfallen muß. Den Zeitungen nach müssen die letzten Erdbeben in Portugal auf den dortigen Menschenschlag ganz ähnlich gewirkt haben.

Die Haupterscheinung an den Überlebenden bestand demnach in einer auffallenden Monotonie und Apathie. Leute, die alles, Hab und Gut und Eltern und Geschwister und Kinder verloren hatten, erzählten dies mit vollkommenem Gleichmut, ohne Spur von Erregung, ohne eine Miene zu verziehen, und zwar nicht nur Gebildete, sondern ebenso Ungebildete aus einem Volke, dessen Schmerzensäußerungen für gewöhnlich mit ganz besonders starken mimischen Bewegungen und Gestikulationen verbunden sind. Es zeigte sich ferner, daß starke Affektäußerungen bei denen auftraten, die den Erzählungen zuhörten, und daß es erst hierdurch auch bei den Erzählern zu emotionellen Erregungen kam, wie wenn sie erst dadurch ihres Unglücks gewahr würden. Es versteht sich, daß auch Ausnahmen vorhanden waren, allein dies waren die hervorstechendesten Züge. Dazu kommt noch die lange Dauer dieses Zustandes, der nicht nur ein paar Tage anhielt, sondern noch nach Wochen nachzuweisen war.

Bei neurotischen, impressionablen Individuen, die gar nicht direkt betroffen waren, kam es, oft bloß infolge der Zeitungsnachrichten, zu Zwangszuständen: Unruhe, die sich zur Angst erhob, begleitet von starker Blässe, profusen Schweißen, allgemeinem Tremor, Tachykardie, Hypothermie, großem Übelbefinden, Verminderung der Harnausscheidung, die übrigens nur eine starke Vermehrung der Phosphate und des Harnstoffs zeigte; dabei beständig die obsedierende Idee, daß jeden Augenblick ein schreckliches Erdbeben eintreten werde, und doch kein Drang, sich im freien Felde in Sicherheit zu bringen. Prolongierte warme Bäder und Opiate zusammen mit psychischer Beeinflussung brachten diese Zustände innerhalb von etwa zwei Wochen zum Schwinden.

Was nun Psychosen infolge des Erdbebens anbelangt, so schildert Verf. drei Fälle davon, die hier bei dem Interesse, das der Gegenstand fordert, in kurzem angeführt sein mögen. Es sei vorausbemerkt, daß es sich nach Verf. um plötzlich eintretende halluzinatorische Zustände handelt in der Art von Bianchi's „akuter sensorischer Psychose".

I. Fall: Mann, 48 Jahre alt, lag einige Stunden unter den Trümmern, kam mit einigen Kontusionen davon, verlor aber die ganze Familie. Erkrankte, als er drei Tage nach dem Ereignis die zerstörte Stadt betrachtete und das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stöhnen unter den Trümmern hörte. Er geriet in ängstliche Agitation und schrie beständig um Hilfe, ohne sich davon abbringen zu lassen. In die psychiatrische und Nervenklinik in Catania überführt, befand er sich hier zwei Tage lang in einem Zustande von Panphobie mit Halluzinationen und verweigerte die Nahrung, da er behauptete, tot zu sein und unter den Trümmern begraben zu liegen. Die Gesichts- und Gehörshalluzinationen hatten das Erlebte zum Inhalt, er sah auch deutlich die Massen, von denen er sich bedeckt und erdrückt fühlte. Nach drei Tagen ungefähr wurde er klar und war erstaunt sich in einem Zimmer zu sehen. Die Erinnerung an den durchgemachten psychotischen Zustand war bis in die kleinsten Einzelheiten getreu, auch bei ihm bestand noch 20 Tage nach der Heilung der anfangs beschriebene Zustand von Empfindungslosigkeit seinem Unglück gegenüber. Der Autor spricht von dieser Psychose als von einem wahrhaften Traumzustand, der wie ein Meteor erschienen und ebenso verschwunden sei. Merkwürdig erscheint uns dabei das Verhalten der Erinnerungsfähigkeit, daß nämlich keinerlei Amnesie bestand.

II. Fall: Betrifft eine Frau aus Catania, deren Mann zur Zeit des Naturereignisses in Reggio weilte und keine Nachrichten von sich hören ließ. Zunächst trat eine Art von Erregung bei ihr auf mit der Sucht, den vom Unglück Betroffenen Kleider, Nahrungsmittel und Geld zu schicken, dann plötzlich nach 24 Stunden schlug der Zustand um in Depression, sie glaubte, ihren Mann und mit ihm ihr Vermögen verloren zu haben, von dem er das meiste bei sich trug, und ins Elend gestürzt zu sein, zeigte Halluzinationen des Gehörs und auch des Gesichtes, indem sie ihren Mann aus den Trümmern um Hilfe rufen hörte und die zerstörte Stadt vor sich zu sehen glaubte. Der Zustand verschlimmerte sich, besonders Gehörstäuschungen waren vorherrschend, dazu die Furcht, auch ihre Kinder zu verlieren. Etwa am achten Tage dieses agitierten Zustandes kehrte der Mann mitsamt dem Gelde gesund zurück. Zuerst wurde er ihr brieflich angekündigt, aber sie beachtete dèn Brief nicht. Dann besuchte er sie selbst, sie warf sich ihm an den Hals, aber das Delir wurde für die Folge nicht beeinflußt, noch nach vier Wochen dauerte die Agitation mit demselben Gedankeninhalt fort; sie sprach nur von Erdbeben, Trümmern und zerstörten Städten. Um ihre Angehörigen kümmerte sie sich nicht. Verf. stellt bei dem Fehlen jeglicher Heredität eine gute Prognose.

III. Fall: Betrifft einen Mann, der, nach Messina zurückkehrend, sein Haus zusammengestürzt und seine Familie darunter begraben fand. Er machte zuerst vergebliche Rettungsversuche, wurde dann deprimiert, vergoß keine Träne, blieb schweigsam, nahm keine Nahrung zu sich. Nach zwei Tagen stellten sich Gehörstäuschungen ein, er hörte Frau und Kinder jammervoll stöhnen und nach ihm rufen. Nochmals kehrte er zu der zerstörten Stadt zurück, aber jeder Rettungsversuch scheiterte. Nach Catania zurückgebracht, glaubte er nunmehr eine Stimme zu hören, die ihm sagte, seine Frau sei gerettet und weit von Messina weggeführt. Das halluzinatorische Stadium dauerte an, es blieb schwer, ihm Nahrung beizubringen, es bestand hartnäckige Schlaflosigkeit, Medikamente nahm er nicht; nur prolongierte Bäder von 2—3 Stunden beruhigten ihn etwas und machten ihn geneigter, Nahrung zu sich zu nehmen. Nach 20 Tagen milderten sich die Halluzinationen und konnten nach einer Woche für verschwunden gelten, doch blieb noch ein Zustand schwerer zerebraler Neurasthenie zurück, der aber nach Verf.'s Ansicht von günstiger Prognose ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Noch einen andern Fall erwähnt der Autor, dabei handelte es sich ebenfalls um einen Mann, der zurückkehrend Frau und Kind unter dem Haus begraben fand. Nach vergeblich unternommenen Rettungsversuchen traten auch bei ihm Gehörstäuschungen auf, indem er seine Frau um Hilfe rufen hörte. Er drohte sich umzubringen, oder jeden zu töten, der ihn hindere nach Messina zurückzugehen, um Frau und Kind aus den Trümmern zu ziehen. Verf. hielt es für das beste, ihn gewähren zu lassen, in der Erwartung, daß der Anblick der jammervollen Szenen und der Größe des allgemeinen Unglücks ihn heilen würden, wie auch geschah.

Andere Fälle akuter Psychosen glichen den beschriebenen.

Bei zwei hysterischen Frauen kam es zu Gesichts- und auch Gehörstäuschungen mit großen Zwischenräumen, meist abends und nachts, verbunden mit großer Angst und Verfolgungsideen, die bei Tage verschwanden.

Im ganzen war die Prognose aller dieser psychotischen Zustände günstig: sie währten nur kurze Zeit, nur einige dauerten länger, ließen aber auch einen guten Ausgang voraussehen.

Unter einer Zahl von 105 Geisteskranken übte die gefühlte Erschütterung der Erde nur bei zweien eine Wirkung aus; eine Demente verbarg sich schreiend unter dem Bett, und ein Mann mit Dementia praecox begann zu heulen, die anderen blieben indifferent.

Was nun die Wirkung auf die Neurastheniker anbetrifft, so verschwanden sofort die subjektiven Störungen gemäß dem Satze: Ubi major minor cessat. Aber sie wurden beherrscht von der Furcht, daß sich das Ereignis wiederholen werde, befragten die Geretteten immerzu, mit welchen Mitteln sie sich gerettet hätten, und unterhielten sich den ganzen Tag von nichts anderem als von dem tragischen Ereignis. Manche davon schliefen ruhig die ganze Nacht ohne Narcotica, nur plazierten sie sich in einer Ecke unter einem Gewölbe und hatten einen Beutel mit ihrem Geld neben sich.

Klassisch war das Benehmen eines an Berührungsfurcht Leidenden. Er leistete sofort die wertvollste Hilfe und faßte alles an, doch dauerte das nur ein paar Tage, da befiel ihn augenblicklich die Idee, er habe Tetanus akquiriert, als ein Mitglied der Familie erkrankte, bei der er wohnte.

Andere Neurastheniker wurden schlaflos vor Furcht und zeigten einen wahren Status anxiosus, währenddem alle sonst bestehenden Parästhesien und Ideen verschwanden.

Bei einigen Personen mit latenter Epilepsie traten Anfälle in die Erscheinung.

Schließlich erwähnt der Verf. noch einige Formen von generalisiertem Tremor, der auch bei mehreren Familienmitgliedern zugleich auftrat, einen Fall sogar bei einem Kind von 16 Monaten.

Er vergißt nicht darauf hinzuweisen, wie sehr besonders die publizierten wissenschaftlichen Artikel über das jetzige und über künftig zu erwartende Erdbeben die Nerven in Spannung erhielten und ein Heer von Kandidaten der Nervosität züchteten. Wolff (Katzenelnbogen).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Erstes Septemberheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Ein Fall von Dementia praecox nach dem 40. Lebensjahr.

Von

Privatdozent **Dr. Milt. Oeconomakis,** Athen.

Daß die Dementia praecox, wenngleich in verhältnismäßig geringerer Häufigkeit, auch im höheren Lebensalter, nach dem 30. und 40. Lebensjahre, auftreten kann, darf als feststehende Tatsache angesehen werden. Wir wissen ferner, daß die in vorgeschrittenem Alter auftretenden Fälle sich keineswegs von den klassischen Formen dieses vorzugsweise im jugendlichen Alter vorkommenden Irreseins in klinischer Hinsicht unterscheiden [1]).

Immerhin aber kann die Veröffentlichung der Krankengeschichte eines Falles von Dementia praecox, die nach dem 40. Lebensjahr einsetzt, wenn sie zudem noch von einigen eigenartigen Umständen bezüglich der Pathogenese, des Beginns und Verlaufes der Psychose begleitet ist, wie bei dem nachstehend mitzuteilenden Fall, genügend Interesse bieten.

D. B., 49 Jahre alt, aus Kalamata, höherer Gerichtsbeamter, hatte mit 32 Jahren geheiratet, und sechs gesunde Kinder entsprossen dieser Ehe. Keine Fehlgeburt der Frau.

Vater des Patienten, siebzigjährig an Pneumonie gestorben, litt periodisch an hartnäckigem Kopfschmerz bei sonst guter Gesundheit und mäßigem Leben. Mutter lebt, in früherer Zeit sehr nervös. Ein Vetter des Vaters erkrankte an unheilbarer Geisteskrankheit mit hypochondrischen Wahnbildungen. Familie der Mutter hochgradig nervös. Mitglieder der Familie derselben sowie die Geschwister des Patienten werden im Bekanntenkreise als Sonderlinge angesehen.

Zwei Jahre jüngerer Bruder des Patienten seit sieben Jahren geisteskrank. Die Psychose begann bei ihm mit prodromalen Erscheinungen allgemeiner Mattigkeit und leichter Verstimmung und trat, angeblich, nach Typhus deutlicher zutage. Daraufhin wurde er wegen heftiger Erregungen in die Athener Irrenanstalt „Dromokaïteion" überführt. Als eine Remission seines Leidens eintrat, wurde er zwar entlassen, zeigte aber doch noch hypochondrische Ideen, Mikrobenangst, Neigung zu Verkehrtheiten, was zur Folge hatte, daß er seine frühere

[1]) Kraepelin, Psychiatrie. VII. Aufl., 1904.
Zweig, Dementia praecox jenseits des 30. Lebensjahres. Archiv f. Psychiatrie, Bd. 44, H. 3.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

soziale Stellung nicht wieder erlangen konnte. Heute zeigt er ausgeprägte Erscheinungen einer katatonischen Demenz.

Unser Patient ist das älteste der lebenden Kinder seiner Familie, normal geboren und entwickelt. Als Kind hatte er Masern, dann verschiedene kurzdauernde Erkältungen, doch unterschied er sich unter seinen Geschwistern durch seine gute körperliche Gesundheit, indem er weniger von Krankheiten befallen wurde. Als Kind schüchtern, bei geringstem, heftigem Geräusch erschrocken zusammenfahrend. Keine Kopfverletzung, keine Nervenkrankheit. In der Schule zeichnete er sich durch Fleiß und gute Auffassungsgabe aus, welche Eigenschaften ihn bis zum Schluß seiner Studienjahre nicht verließen.

Als Jüngling und Mann charakterisierte man ihn als jähzornig, reizbar und despotisch mit Neigung zur Schwärmerei und Phantasterei. Wie in der Studienzeit zeichnete er sich auch in seiner Beamtenlaufbahn aus. Mäßig in geistigen Getränken, aber starker Raucher. Fünfundzwanzigjährig Ulcus molle, schnell geheilt, ohne jegliche Sekundärerscheinungen. Lues negiert, auch keine Anhaltspunkte dafür. Magenbeschwerden, Übelkeit und Neigung zum Erbrechen beim geringsten Ausschreiten mit Speise und Trank. Habituelle Stuhlverstopfung. Periodisch hartnäckiger Kopfschmerz wie beim Vater, dazu Lichtscheue; Anfälle desselben verursachten völlige Arbeitsunfähigkeit. Trotzdem zwang er sich zu übermäßiger Arbeit. Im 32. Jahre heftige Schmerzen in der Lebergegend, vom Hausarzt einer akuten Leberaffektion zugeschrieben. Über Natur und Dauer dieses Leidens fehlen uns exakte Angaben.

Vor 6 Jahren, als die Erkrankung des Bruders ihn gemütlich tief erschütterte, wurde Patient von quälenden Anfällen von Kurzatmigkeit befallen, ärztlicherseits als nervöses Asthma bezeichnet. Diese asthmatischen Anfälle wiederholten sich während der Dauer zweier Jahre. Während dieser Zeit zeigte sich, nach den Angaben der Frau, eine Veränderung im Wesen des Patienten: er wurde schweigsam, verstimmt und der Frau gegenüber weniger zärtlich. Als vor 4 Jahren seine Kinder an Keuchhusten erkrankten, wurde er von demselben Leiden befallen. Bei plötzlichen Keuchhustenanfällen geschah es wiederholt, daß er selbst auf der Straße bewußtlos niedersank. Sein Hausarzt, unser Gewährsmann, riet ihm zum Klimawechsel. Versetzung des Patienten nach Korfu bot dazu die günstige Gelegenheit. Hier, wo er anfangs ohne Familie war, ging das Leiden allmählich zurück, sowie die früheren asthmatischen Anfälle.

Während sich so sein körperlicher Gesundheitszustand beträchtlich hob, machte sich indessen eine auffallende Änderung in seinem Benehmen bemerkbar. Er, der sonst gewöhnlich ernst und zurückhaltend war, wurde auf einmal übermäßig freundlich, zeigte stürmische erotische Neigungen, machte rücksichtslos jungen Mädchen in auffallender Weise den Hof und schrieb eine Masse Liebesgedichte. Sein Benehmen gegen die Frau schlug, als diese mit ihm wieder vereint war, um, er zeigte eine außerordentliche Steigerung der Libido sexualis. Das tat seiner Arbeitskraft keinen Eintrag, sie erschien im Gegenteil erhöht und die Ermüdung machte keinen Eindruck auf ihn. Dieses Überanspannen der Kräfte machte nach einiger Zeit einem Umschlag ins Gegenteil Platz. Er erschien nunmehr gleichgültig, ohne Interesse für Angehörige und Freunde, arbeitete zwar fort, aber mechanisch und ohne Freude daran zu haben.

Gleichzeitig traten die früheren Anfälle von Asthma und Kopfschmerz wieder auf, begleitet von Herzklopfen und zeitweisen Veränderungen seiner Hautfarbe,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die besonders im Gesicht ausgeprägter hervortraten. Es waren hauptsächlich vasomotorische Störungen, in Form von schwarzblauen Flecken, das Gesicht sah zyanotisch und gedunsen aus, als wäre es „mit totem Blut gefüllt". — Schilderung der Frau.

Im Sommer 1905 kamen die spiritistischen Sitzungen (Tischklopfen, Psychographie) in Korfu sehr in Mode. Patient wurde sofort begeisterter Anhänger und Besucher dieser Sitzungen, die er früher verlacht hatte. Er unterzog sich mit Eifer den in denselben betriebenen angreifenden Prozeduren und vernachlässigte, zum erstenmal in seinem Leben, zugunsten derselben, Arbeit und Stellung.

Eines Nachts von einer solchen Sitzung in großer Aufregung zurückkehrend, weckte er die ganze Familie auf, um ein Tischrücken zu veranstalten. Dabei begann er mit dem Bleistift, angeblich auf Diktion eines Geistes — nach seiner Angabe, eines Franzosen — zu schreiben, und behauptete, die verworrenen Schriftzeichen auf dem Papier bedeuteten den französischen Satz: „vous êtes heureux". Während der ganzen Nacht war er sehr unruhig und erregt, wanderte gestikulierend umher, rechnete an den Fingern und zeichnete phantastische Buchstaben in die Luft, an die Wand und auf seine Kleider. Die Tage darauf fuhr er so fort, wenngleich etwas ruhiger, und verbrachte die Nächte schlaflos, fortwährend mit dem Zeigefinger Schriftzeichen auf die Bettdecke zeichnend. Die ihm unterstellten Beamten fanden unter seinen Akten unverständliche Bitten und Anrufungen an die Geister und sahen in oft ohne Grund sich bekreuzen. Seiner Frau, der er sein Tun und Treiben sorglich zu verbergen suchte, sagte er, sich rechtfertigend, er tue nichts Unrechtes, er bete für die Verstorbenen. In diesem Zustand befand sich Patient als er die Weisung zu einer Dienstreise nach Kalamata erhielt.

Auf der Reise nach Patras fielen den mitreisenden Bekannten seine langatmigen Reden über die Wunder des Spiritismus auf, denn er sagte seinen blinden Glauben an die Existenz von Geistern und den Verkehr derselben mit den Menschen gerade heraus. Von Patras schrieb er der Frau eine Postkarte und teilte ihr mit, daß er „mit seinem Vater zusammenreise" — d. i. mit dem Geiste eines längst Verstorbenen.

Die Reise von Patras nach Kalamata machte er allein. Die Ereignisse während derselben erzählte er später bei einer Remission des Leidens seinen Angehörigen: in der Nacht allein auf dem Schiff geblieben sei er unruhig geworden, ein unwiderstehlicher Zwang zum Schreiben habe ihn befallen, der sich durch immer wachsende lästige Sensationen und das Gefühl des Eingeschlafenseins der Finger der rechten Hand offenbarte, und er habe nur eine Erleichterung von diesem Gefühl verspürt, wenn er dem Zeigefinger dieser Hand die Freiheit gelassen, auf der Bettdecke unverständliche Zeichen zu schreiben. Die innere Unruhe sei allmählich unerträglich geworden und er habe sich genötigt gesehen, aufzustehen und sich auf Deck zu begeben. Hier sei ihm ein verstorbener Freund und Kollege erschienen, habe ihm mancherlei Offenbarungen gemacht, und er habe nach Diktion desselben zu schreiben begonnen. Dann sei vor ihm ein Zug von Geistern verstorbener Bekannten und Freunde vorübergezogen und eine unsichtbare Macht habe fortwährend seine Hand zu Schreibbewegungen gezwungen, bis schließlich auch der Geist seines verstorbenen Vaters erschienen sei, was ihn in große Erregung versetzt habe. Dieser habe ihm geheißen, sofort nach der Ankunft in Kalamata nach dem Friedhof zu gehen und alles Geld, das er bei sich trage, unter die Armen zu verteilen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Den Verwandten in Kalamata, die zu seinem Empfang am Hafen erschienen waren, fiel seine Zerstreutheit und der sonderbare Ausdruck seines Gesichts auf. Plötzlich wandte er sich zu einer seiner Verwandten und sagte ihr, sie werde bald sterben! Dann verließ er ohne Gruß die erstaunten Verwandten und rannte direkt nach dem Friedhof der Stadt, wo er ein frisch gegrabenes Grab fand, begann dieses tiefer zu machen und versuchte sich darin zu begraben. Die Wächter des Friedhofs, die ihn zu hindern suchten, setzte er durch bedeutende Geldspenden in Erstaunen. Nach dem Verlassen des Friedhofs verteilte er an die Armen am Weg, was er an Geld und Geldeswert bei sich hatte. Als er barhaupt und nur noch mit dem Nötigsten bekleidet in das Haus seines Schwiegervaters gelangte, wurde er von Asthma befallen und sank ohnmächtig zu Boden, worauf man ihn zu Bett brachte. Zu sich gekommen ging er ganz nackt in die Küche, nahm einen Schrank auf den Rücken und stellte ihn vor den im Eßzimmer versammelten Verwandten nieder, ohne irgendwie seine unverständliche Handlung zu begründen!

Darauf brachte man ihn nach Athen und er wurde am 24. Juli 1905 in die psychiatrische Klinik der Universität (Aegineteion) aufgenommen. Hier zeigte er „das typische Bild einer katatonischen Erregung. Er hatte Sinnestäuschungen von religiösem Inhalte, kniete und betete, rief in Ekstase die Geister an und bewegte den Körper rhythmisch auf dem Lager auf und ab, spuckte auf die Personen der Umgebung und schrieb mit dem Finger unverständliche Zeichen ins Leere, zeigte Echolalie, Negativismus, Stereotypie und führte unverständliche Reden. Zeitweise aggressiv und gewalttätig, hatte er inzwischen auch ruhige stundenlange Intervalle, während welcher er geordnet und orientiert war, gab treffende Antworten, konnte aber über die Gründe seiner Erregung keine befriedigenden Auskünfte geben und hatte keine klare Krankheitseinsicht. Pupillen sehr eng, beiderseits gleich, reagierten sehr träge auf Lichteinfall und Akkomodation. Wiederholt vorgenommene Lumbalpunktion blieb ergebnislos."

Obige Mitteilungen entnehme ich meinen eigenen Notizen, die ich als damaliger Chefarzt der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität gemacht hatte.

Vorgeschichte und katatonische Attacke erregten in mir gleich den Verdacht einer Dementia praecox. Dazu hätte man natürlich erst die Möglichkeit einer Paralyse mit Sicherheit ausschließen müssen. Die Lumbalpunktion, die allein darüber hätte entscheiden können, blieb leider ergebnislos, trotzdem der Professor der chirurgischen Klinik, Herr Dr. Kallionzis, sowie ich selbst wiederholt dieselbe versuchten.

Der Erregungszustand dauerte kaum drei Wochen; dann trat eine bedeutende Remission ein und Patient konnte am 22. August 1905 entlassen werden. In der Klinik hatte man die Anwendung einer antiluetischen Kur für nicht unangebracht gehalten. Diese riet man dem Kranken auch nach seiner Entlassung fortzusetzen.

Ich neigte schon damals, wie gesagt, zur Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Dementia praecox" hin, und meine Meinung hat mich nicht getäuscht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zufällig wurde nämlich 4 Jahre später derselbe Patient in meine Privatklinik „Galenus" aufgenommen. Er befindet sich jetzt in einem wohlcharakteristischen Endzustand der früher vermuteten Psychose.

Nach dieser kurzen Unterbrechung wollen wir in der Fortsetzung der Krankengeschichte fortfahren:

Patient nahm nach seiner Entlassung seine frühere Tätigkeit, trotz Abratens der Ärzte, wieder auf, aber er war nicht derselbe wie früher. Schlaflosigkeit, Zerstreutheit und ekstatische Zustände zeigten sich und infolge unsinniger Eifersuchtsideen beschuldigte er die Frau der Untreue. Zwischen seinen Akten fanden sich wieder Schriftstücke mysteriösen, unverständlichen Inhalts, und seine Frau bemerkte oft des Nachts, daß er wieder die Schreibbewegungen auf der Bettdecke eifrig fortsetzte, unterbrochen von Flüstern und Bekreuzen. Auf Befragen darüber behauptete er auf diese Weise bei Gott für seine Familie zu vermitteln, und bemitleidete seine Umgebung weil sie nicht, wie er, imstande sei, himmlische Melodien zu hören.

In hellen Augenblicken fühlte er seinen Krankheitszustand und bat seine Frau, sie möchte ihn auf ihren Spaziergängen rechtzeitig auf seine Zerstreutheit aufmerksam machen, damit er den Leuten nicht auffalle und sein Zustand allgemein bekannt werde.

Die ihm verordnete antiluetische Kur wurde ordentlich durchgeführt, doch begann sich sein Zustand wieder zu verschlimmern. Kopfschmerzen und asthmatische Anfälle, wie früher, hatte er zwar nicht mehr, aber die psychische Veränderung trat allmählich mehr hervor. In Begleitung eines Verwandten unternahm er nun eine Reise nach den größeren medizinischen Zentren des Auslandes, um sich ärztlich untersuchen und behandeln zu lassen.

Einstimmig wurde ihm vom Arbeiten abgeraten, denn man schrieb sein Leiden vor allem der geistigen Überanstrengung zu; andere sahen dasselbe als hysterisch (?) an. Aber eine richtige Diagnose konnte nicht gestellt werden, da, wie es scheint, die Unkenntnis der betreffenden fremden Sprache und der Mangel einer richtigen Anamnese daran hinderte. Bemerkenswert ist, daß auch die in diesen verschiedenen Städten gemachten Versuche zur Gewinnung der Zerebrospinalflüssigkeit mittels Punktion erfolglos blieben. Dazu kam noch, daß er in einer der Großstädte Europas, wo er auch ärztlich untersucht worden war, zu unsinnigen Einkäufen schritt, indem er einige Tausende von Frank für wertlose Sachen verschleuderte. So kaufte er kostbare Gewänder für Frau und Dienstmädchen, goldgestickte Livreen und Zylinderhüte für die Bureaudiener usw.

Bei seiner Rückkehr nach Korfu sah er seine Frau und Kinder stumpf und interesselos an, sein Zustand hatte sich noch mehr verschlimmert; er zeigte Verfolgungswahn und geriet in heftige Erregung, wobei er die vermeintlichen Verfolger um Schonung seiner Kinder anflehte. Er sah Feuer und Flammen im Hause und fühlte erstickenden Schwefelgeruch, der ihm überallhin folgte. Wiederholt bedrohte er das Leben seiner Frau, als einer treulosen, tötete sie jedoch nicht, als ihm durch Unachtsamkeit der Verwandten eine Waffe in die Hand geriet.

Wieder nach Athen gebracht, gab er als Grund für seine Reise an, daß seine Frau eine Abtreibung beabsichtige, da sie in unerlaubte Beziehungen zu einem anderen Manne getreten sei! In Athen hatte er zahlreiche Gesichts- und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gehörshalluzinationen, und eines Tages versuchte er sich aus dem Fenster zu stürzen, um einem feurigen Wagen zu folgen, der angeblich am Hause vorüberfahre.

Am 31. Dezember 1905 täuschte er bei Nacht die Aufmerksamkeit der Seinigen, trat im Nachtgewand auf die Straße und wandte sich einem nahen trockenen Brunnen zu, in welchen sich zu stürzen, wie er nachher erzählte, er den Auftrag hatte. Unterwegs hätte ihn aber eine Stimme aufgehalten, die ihm meldete, seine Frau sei gestorben. Eiligst kehrte er nach Hause zurück, ging ins Zimmer seiner Frau und überzeugte sich durch Betasten, daß sie noch lebe. Es folgte ein tiefer Schlaf, der 24 Stunden dauerte. Erwacht war er verändert. rief die Seinen, erzählte unter Vorzeigen der beschmutzten Pantoffeln von seinem nächtlichen Ausgang und behauptete, er glaube, er sei aus einem langen Traume erwacht. Er schien in der Tat ganz bei Verstand zu sein und wunderte sich über alles bisher Geschehene.

Diese Remission dauerte bis April 1906: während derselben hatte er seine Tätigkeit wieder aufgenommen und zeigte mit Ausnahme einer gewissen Teilnahmslosigkeit und Zerstreutheit keine krankhaften Erscheinungen. Dann trat wieder eine heftige Erregung mit massenhaften Gehörshalluzinationen, Verfolgungs- und Besessenheitswahn ein. Er schrie, der Teufel sei in ihm, die Wohnung sei von Dämonen umgeben, er sei selbst Beelzebub, und schrieb dieses Wort überall hin. Er durcheilte murmelnd und heulend ganz nackt die Wohnung und entwischte auch in diesem Zustande auf die Straße. In eine Anstalt in Italien gebracht, blieb er sechs Monate in Behandlung. Nach dem Zurücktreten der akuten Erscheinungen kehrte er verhältnismäßig gebessert in die Heimat zurück. Über die daselbst gestellte Diagnose des Leidens liegen keine sicheren Nachrichten vor.

Er trat wieder in den Staatsdienst zurück, bis er, vor ungefähr Jahresfrist. erklärte, es sei ihm zum Bewußtsein gekommen, daß er seine Stelle nicht mehr versehen könne, da er von Geistern und Stimmen Aufträge erhalte, die nicht mit den Pflichten seines Amtes im Einklang ständen. Er bat also selbst um seine Entlassung, und diese wurde ihm gewährt.

Seit dieser Zeit datiert nun die gegenwärtige Veränderung seines psychischen Zustandes. Zu den gewöhnlichen Wahnbildungen kamen nun noch Beeinträchtigungsideen gegen die eigene Mutter, an der er sonst sehr hing. Er vermied es systematisch sie anzuschauen, schimpfte auch auf sie und auf jeden, der ihren Namen aussprach. Sie sei, sagte er, die Urheberin all seiner Leiden, und so oft er sich in seinem Delirium im Verkehr mit den olympischen Göttern dachte, nannte er sie Juno, da sie ebenso schlecht und hinterlistig sei!

Wiederholte Angriffe gegen die Frau; bald tagelang völlige Nahrungsverweigerung; meistens aß er aber unregelmäßig, mit Gier und ohne Genuß; zeitweise heftige Erregungen; stellte das Haus auf den Kopf; zerriß seine Kleider und versuchte nackt auf die Straßen zu stürzen. Bei einem solchen Anfall sammelte er alle kostbaren Schmuckstücke der Frau und warf sie in den Abort. hatte überhaupt immer Neigung, Wertgegenstände in seine Exkremente zu stecken. Dann wieder tagelang stumpf und teilnahmslos vor sich hinmurmelnd. Er zeigte ausgesprochenen Negativismus, Stereotypie und Manieren. Annahme stereotyper Haltungen und Wiederholung stereotyper Redensarten. Besonders oft wiederholte er das Wort „antikanta“, allein oder in verschiedene Sätze eingeschaltet,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

z. B. „es ist immer antikanta“ oder „alles ist antikanta“. Stereotypes, stundenlanges Umkreisen eines Tisches, Rückwärtstrippeln in kurzen Schritten, dabei manieriertes Gestikulieren.

Ganz ähnliche stereotype Bewegungen und Manieren zeigte auch sein geisteskranker Bruder im vorgeschrittenen Stadium des Leidens.

In dieser Weise verbrachte er zu Hause die ganze Zeit ohne Anhänglichkeit an Kinder und Verwandte. Zuweilen eine gewisse Krankheitseinsicht mit Klagen über lästige Gehörstäuschungen, die ihn zur Mißhandlung der Kinder treiben wollten. Gedächtnis immer überraschend gut. Unter der Maske der Teilnahmslosigkeit geschah es, daß ihm Einzelheiten in seiner Umgebung auffielen, die der Aufmerksamkeit der Gesunden um ihn entgingen.

In der letzten Zeit wurde er dann wieder erregt und aggressiv, zerschlug Fensterscheiben, mißhandelte die Frau wiederholt und brachte die Nachbarschaft in Aufruhr. Dieser Umstand veranlaßte nun die Überführung des Patienten in unsere Privatklinik „Galenus“ am 25. Februar 1909.

Status praesens: Großer, stattlicher Mann mit analogen Körperdimensionen und normalem Knochenbau. Keine Gesichts- oder Schädelasymmetrie. Beide Ohrläppchen angewachsen. Hautfarbe ohne Besonderheiten. Keine Dermatographie. Sehnenreflexe beiderseits normal. Leichter Zungentremor. Pupillen auf beiden Seiten hochgradig eng, reagieren sehr träge auf Lichteinfall und Akkomodation; nach längerem Verweilen im Dunkeln erweitern sie sich sichtbar; keine Anisokorie. Bei der übrigen körperlichen Untersuchung nichts vom Belang. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Lumbalpunktion ergebnislos: Obwohl die Punktionsnadel allem Anscheine nach in den Wirbelkanal geriet, floß doch nichts ab.

Patient ist gut orientiert. Gedächtnis und Merkfähigkeit auffallend gut. Frühere Kenntnisse bewahren ihre volle Klarheit, in Fragen, die in sein Fach schlagen, kann er sogar Rat geben. Urteilsschwäche und unvollständige Krankheitseinsicht. Klagt über Benommenheit und Schwere im Kopf und allgemeine Erschlaffung, er behauptet, alles sei die Folge der wiederholten Reisen ins Ausland, welche ihn übermüdet hatten, sonst fehle ihm nichts. Zuweilen ein richtigeres Verständnis der psychischen Störung: er habe jetzt weniger „Illusionen“, es bleibe aber immer etwas vorhanden, sonst wäre er nicht in der „Irrenanstalt“.

Über den Inhalt der Sinnestäuschungen gefragt, antwortete er: „Nichts Besonders“. Über die Bedeutung des stereotypen Wortes „antikanta“: „Das Wort haben Sie wohl auch niedergeschrieben, Herr Doktor. Das ist lateinisch. Das nennen Sie ja umgekehrt“. Auf weitere Fragen schweigt er plötzlich, dreht einem den Rücken zu und sieht aus dem Fenster. Meistens antwortet er einsilbig. Wenn er allein gelassen ist, spricht er ruhig vor sich hin; manchmal führt er Zwiegespräche. Dabei stereotype Wiederholung einiger Sätze und Worte. Bald unverständliche Worte, die nicht registriert werden konnten. Einmal wiederholte er während des ganzen Nachmittags das Wort „exinta“ (= sechzig). Am häufigsten wird das unverständliche Wort „antikanta“ in die Sätze eingeschoben, und bald leise und flüsternd, bald mit theatralischem Pathos ausgesprochen.

Er verbringt den ganzen Tag untätig und interesselos, stumpf und ohne Wünsche, ohne Pläne und Aussichten. Nach den Seinen fragt er nicht, und Aufmerksamkeiten, die diese ihm erweisen, machen nicht den geringsten Ein-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

druck auf sein Gemüt. Er hat einen Brief an die Frau geschrieben: Sie möchte ihn aus der Klinik abholen, ihn einige Zeit bei sich behalten und wenn er wieder unruhig werde, möge sie ihn wieder in die Anstalt bringen lassen. Er besteht aber nicht auf dem Verlassen der Anstalt.

Klagt über Appetitlosigkeit; die Speisen seien geschmacklos, gefallen ihm gar nicht, er werde bei solcher Verpflegung verhungern. Dabei ißt er bis zur Übersättigung. Die Frau brachte ihm Zigaretten, die er nacheinander in zwei bis drei Tagen aufrauchte; dann blieb er ohne etwas Rauchbares und zeigte nie mehr Verlangen darnach.

Verharrt stundenlang in derselben Stellung, zieht sich die Bettdecke über den Kopf und bleibt regungslos mit verschränkten Armen stehen. Bei seinen Spaziergängen im Garten macht er alle drei bis vier Schritte eine $^3/_4$-Drehung. Auf dem Bette sitzend dreht er sich oft stundenlang wie ein Kreisel. Wenn er sich des Abends niedergelegt hat, macht er fünf- bis sechsmal Drehungen um seine Längsachse. Die Kleider zieht er meistens umgedreht an. Als ihm der Wärter die Bemerkung machte, er müsse im Freien der Sonne wegen den Hut aufsetzen, riß er ihm den Hut aus den Händen, zerriß und zerstampfte ihn.

Schlaf vielfach gestört. Heftigere Erregungszustände traten in der Klinik nicht auf. Am 21. April 1909 wurde er von den Verwandten abgeholt.

Es handelt sich also um das familiäre Auftreten einer Spätform der Dementia praecox. Die Psychose setzte bei unserem Patienten jenseits des 40., bei dem um 2 Jahre jüngeren Bruder desselben im 40. Lebensjahr ein. In dem Endzustand der Erkrankung zeigten beide Brüder durch ihr manieriertes Benehmen und die sonstigen Zeichen der katatonischen Demenz eine so überraschende Ähnlichkeit im Krankheitsbilde, daß die Mutter wiederholt zu der Frage veranlaßt wurde, ob nicht etwa das Leiden ansteckend wäre!

Unser Patient entstammt einer hochgradig neuropathischen und hereditär belasteten Familie und zeigte selbst eine neuropathische Konstitution. In seiner Vorgeschichte finden wir periodische Kopfschmerzanfälle, habituelle Stuhlverstopfung, geheilte Leberaffektion, Überanstrengung, Gemütserschütterung, Asthma und Keuchhusten.

Unter all den angeführten Momenten scheint nun die Rolle des auslösenden der durch die Geisteskrankheit seines Bruders hervorgerufenen Gemütserschütterung zuzukommen, da sie ja die erste bemerkbare Charakterveränderung, außer den asthmatischen Anfällen, zur Folge hatte. Es ist aber fraglich, ob auch die asthmatischen und Keuchhustenanfälle als selbständige Leiden irgendwie in ätiologische Beziehung zur Psychose zu bringen sind, oder ob sie, ebenso wie die Ohnmachtsanfälle, welche die letzteren begleiteten, nicht viel mehr eher schon unter die prodromalen Erscheinungen des psychischen Leidens selbst zu rechnen sind. Zwar trat nach dem Keuchhusten das Leiden klarer auf, aber leichte Veränderungen des Charakters waren, wie wir sahen, schon vorher vorhanden. Dazu ist zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bemerken, daß in der Anamnese des Patienten keine bemerkbare psychische Veränderung im Kindes- oder Jugendalter vermerkt ist, die für die Möglichkeit, es läge der wirkliche Beginn des Leidens schon weit zurück, wie Kraepelin für diese Späterkrankungen anzunehmen geneigt ist[1]), sprechen könnte. So ist also der oben angegebene Zeitpunkt als der wirkliche Beginn des Leidens anzusehen.

In ätiologischer und pathogenetischer Hinsicht können die Angaben über die Veränderungen der Hautfarbe, das Auftreten der schwarzblauen Flecken und die Zyanose im Gesicht des Patienten im Anfangsstadium der Psychose von großer Bedeutung sein, indem sie nicht nur auf einfache vasomotorische Störungen, sondern vielleicht auch auf eine innigere Veränderung des Blutes selbst hinweisen können. Eine nicht untergeordnete Bedeutung kommt ferner dem familiären Auftreten der Psychose in einer neuropathischen Familie zu. Der konstitutionelle Faktor, der von manchen Seiten in den Vordergrund der Ätiologie gestellt wurde[2]), scheint somit auch in unserem Falle eine außerordentlich wichtige Rolle zu spielen.

Der Beginn der Psychose war ein chronischer, unter Stimmungsschwankungen, Charakteranomalien und allmählichem Hervortreten der ersten Anzeichen der gemütlichen Verblödung, bis nach Verlauf von 2 Jahren infolge der spiritistischen Beschäftigungen, denen sich der Patient eifrig widmete, eine akute Verschlimmerung des Zustandes mit Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und verkehrten Handlungen eintrat. Dann folgte eine akute katatonische Erregung, und darauf eine Remission. Der weitere Verlauf ist ein intermittierender, unter Remissionen und Exazerbationen gewesen. Seit Jahresfrist ungefähr erfuhr nun der Zustand eine definitive Wendung, indem sich eine typische Schwachsinnsform herausentwickelte, die wir wohl als den Endausgang der Psychose bezeichnen dürfen.

Aus der Krankengeschichte ist noch der Umstand hervorzuheben, daß alle zur Gewinnung der Zerebrospinalflüssigkeit geschehenen Versuche zu wiederholten Malen nicht nur hier, sondern auch im Ausland dasselbe negative Resultat hatten, was man wohl auf Störungen der Kommunikationsverhältnisse zwischen den oberen und unteren Lymphräumen, wenn nicht auf Veränderung der Konsistenz der Zerebrospinalflüssigkeit selbst zurückführen könnte[3]).

Eine besondere Erwähnung verdient weiter die stereotype Wiederholung des unverständlichen Wortes „antikanta“. Es handelt sich dabei um

---

[1]) Kraepelin, Psychiatrie, II, S. 267, VII. Aufl.

[2]) Volpi Ghirardini, Sulla pathogenesi della demenza precoce. Giornale di psichiatria clinica, Nr. 4, 1907.

[3]) Fürbringer, Ergebnislose Punktion. Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 45, 1895.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein krankhaftes Sprachgebilde, das aus keiner der bekannten Sprachen zu erklären ist. Aus dem Sinne der Sätze, in die Patient am häufigsten dieses Wort einschob — „alles ist antikanta, es ist immer antikanta“ — könnte man vielleicht schließen, es sei durch eine paraphasische Abänderung des richtigen griechischen Wortes „anokato“ (= ἄνω κάτω, drunter und drüber) entstanden, ganz analog den in der Traumsprache vorkommenden Störungen der Wortfindung. Die sprachlichen Äußerungen des Träumenden sind nämlich reich an solchen Beispielen [1]). Zugunsten dieser Annahme könnte man wohl auch die vom Patienten selbst, wie in der Krankengeschichte angeführt, darüber gegebene Erklärung verwerten.

Differentialdiagnostisch kommt bei diesen Spätformen der Dementia praecox die Dementia paralytica in erster Linie in Betracht. Außer seinem Alter könnten auch die verschwenderischen Neigungen und die unsinnigen Handlungen des Patienten den Verdacht eines solchen Leidens rege halten. Allein die weitere Entwicklung der psychischen Störung, während welcher im Verlauf so vieler Jahre keins der charakteristischen Anzeichen der Paralyse zutage traten, sondern mit der Zeit die katatonische Demenz mehr und mehr in Erscheinung trat, stellte die Diagnose der Kraepelin'schen Psychose (Spätkatatonie) als unbestreitbar hin.

Mit entschieden geringerem Rechte hätte man an Hysterie denken können. Vielleicht dürfte nur der Umstand, daß im Anfangsstadium der Erkrankung spiritistische Sitzungen eine Rolle spielten, die nicht selten zum Ausbruch hysterischer Geistesstörungen Anlaß geben, einen solchen Verdacht unterstützen. Diesem Umstand könnte dann wohl auch die von hervorragenden Fachkollegen des Auslandes gestellte Diagnose auf Hysterie beigemessen werden.

Neben dem familiären Auftreten der Psychose in einem späteren Lebensalter, in unserem Falle, bietet nun noch der Umstand ein weiteres Interesse, daß bei dem Patienten unter den ersten Erscheinungen seiner Erkrankung ein unwiderstehlicher Hang zum Spiritismus auftrat. Außer dem Tischrücken betrieb er Psychographie, widmete sich angreifenden spiritistischen Prozeduren, und während der ersten Attacke der Psychose verhielt er sich fast dauernd als ein Schreibmedium.

Unter den Fällen Henneberg's findet sich einer, bei dem spiritistische Unternehmungen die auslösende Ursache einer unheilbaren, mit katatonischen Symptomen einhergehenden Psychose bildeten [2]).

---

[1]) Kraepelin, Über Sprachstörungen im Traume. Kraepelin's „Psycholog. Arbeiten“, Bd. V, H. 1.

[2]) Henneberg, Über Spiritismus und Geistesstörung. Archiv f. Psychiatrie, Bd. XXXIV, H. 3.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zweifellos haben die spiritistischen Beschäftigungen unseres Patienten, durch die damit verbundenen Gemütserregungen, auf seinen psychischen Zustand schädlich gewirkt. Von einer ursächlichen Beziehung indessen, zwischen denselben und dem Ausbruch der Krankheit, kann gewiß in unserem Falle nicht die Rede sein. Eine krankhafte Veränderung im Benehmen des Patienten ist schon vorher aufgefallen, und dem Spiritismus kommt daher nicht eine auslösende, sondern eine verschlimmernde und Vorschub leistende Rolle zu. Durch die Einwirkung desselben nahm der Inhalt der krankhaften Wahrnehmungen des Patienten eine bestimmte Färbung und Richtung an, durch sie ebnete sich auch der Weg für das spätere Erscheinen eines Besessenheitswahns. Unser Fall ist somit unter diejenigen zu rechnen, bei denen die „kritiklose Hingabe an den Spiritismus" die Bedeutung eines Symptomes der schon begonnenen psychischen Störung hat.

Die automatische Schrift, die Patient in seinem Delirium nach Diktat ausführte, stand zweifellos unter dem Einfluß von Gehörshalluzinationen. Man kann sie wohl auch, ebenso wie die übrigen unter dem Einfluß der Geistermacht geschehenen automatischen Handlungen desselben, mit Kraepelin[1]) als den Ausdruck jener Willensstörung auffassen, die dem klinischen Bilde der Dementia praecox das eigenartige Gepräge verleiht. In der Tat trat nach Zurücktreten des größeren Teils der Wahnideen und Sinnestäuschungen diese Willensstörung mit dem Einsetzen des terminalen Schwächezustandes mehr und mehr in den Vordergrund.

II. Vereinsbericht.

Der VI. internationale Kongreß für Kriminalanthropologie.

Von **Dr. Ernst Jentsch.**

Vom 28. April bis 3. Mai 1906 hat in Turin der sechste internationale kriminalanthropologische Kongreß stattgefunden. Die Verhandlungen desselben, ausgezeichnet durch ihre Reichhaltigkeit im ganzen und die Wichtigkeit vieler Einzelheiten, sind erst vor einigen Monaten der Öffentlichkeit übergeben worden und im Verlage von Bocca Frères (Turin-Mailand-Rom) erschienen als „Comptes-rendues du VIe Congrès international d'anthropologie criminelle (1906). publiés par le Bureau du Secrétariat, Institut de médicine légale de Turin, 1908."

Die vorangegangenen Kongresse für die kriminalanthropologische Forschung haben in Rom (1885), Paris (1889), Brüssel (1892), Genf (1896) und Amsterdam (1901) stattgefunden. Der nächste, VII., ist für das Frühjahr des kommenden Jahres nach Köln anberaumt worden.

---

[1]) Kraepelin, Psychiatrie, II, S. 610. VII. Aufl.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der gegen 800 Seiten starke, mit vielen schönen Tafeln versehene Band enthält zunächst die Geschäftsordnung des Kongresses, hierauf folgt die Liste der Mitglieder des Organisationskomitees, diejenige der Vertreter der auswärtigen Regierungen, die offiziell zur Teilnahme an der Versammlung abgeordnet waren, und die der Kongreßteilnehmer.

Insofern der Kongreß mit dem fünfzigjährigen akademischen Jubiläum Cesare Lombroso's zusammenfiel, demjenigen Vertreter der kriminalanthropologischen Forschung, der am frühesten nachdrücklich ihre Notwendigkeit betont und sie beinahe, oder fast ganz, ins Leben gerufen hat, gestaltete sich die Eröffnung des Kongresses zu einer Ehrensitzung für Lombroso. Groß war die Zahl der ihm dargebrachten Glückwünsche, Ehrungen und Auszeichnungen. Eine ihm von seiner Vaterstadt Verona gewidmete sinnvolle Radierung von der Hand Bistolfi's schmückt den Titel des Buches.

Lombroso stellte in der Erwiderung der ihm zuteil gewordenen Ovationen zunächst in Abrede, daß die neue Wissenschaft ursprünglich auf ihn zurückzuführen sei, und wies auf seine Vorgänger hin, auf Aristoteles, Niquetius, Cardanus, auf Benivieni, Bartholini und Carlo Cattaneo. Auch Shakespeare kannte die angeborenen ethischen Defekte. Vieles habe er auch der zeitgenössischen psychiatrischen Wissenschaft, namentlich Englands, Frankreichs und Deutschlands, zu verdanken gehabt.

Der Ausgangspunkt seiner kriminalanthropologischen Forschung sei in der konsequenten Anwendung des Evolutionsgedankens auf das anthropologische und morphologische Wissensgebiet zu suchen. Diese habe ihn zunächst dazu geführt, die morphologischen Abnormitäten, die er bei den Kriminellen vorfand, unter dem Gesichtspunkte des Atavismus zu betrachten. Diese Anschauungsweise habe er dann auch auf die psychische Sphäre der Persönlichkeit des Delinquenten auszudehnen gewagt. Erst viele Jahre später sei er zu der Ansicht gekommen, beim echten Kriminellen müsse neben der atavistischen auch eine pathologische Anomalie vorhanden sein und er habe diese als die epileptische im weitesten Sinne bezeichnet. Durch die durch diese Behauptungen angeregte Diskussion und durch die umfassende Teilnahme von Freunden und Gegnern am begonnenen Werke sei es nun möglich geworden, inzwischen im einzelnen mehr Klarheit zu schaffen, so daß man gegenwärtig die verschiedenen Formen der Kriminalität und ihre Unterarten wissenschaftlich genauer festzulegen vermag, den Kriminaloiden, den Gelegenheits- und Leidenschaftsverbrecher, den geisteskranken Verbrecher auf Grund einer Entwicklungshemmung oder -störung, den geborenen Verbrecher.

Das genauere Studium der gesamten Persönlichkeit des kriminellen Menschen habe nun auch gezeigt, daß die herkömmlichen Maßnahmen gegenüber dem Kriminellen mangelhaft sein müssen, und warum dies der Fall ist. Vor allem sei das Prinzip der Wiedervergeltung gegenüber dem Kriminellen ein verfehltes. An seine Stelle muß in Zukunft die Vorbeugung der Reate, die Prophylaxe des Verbrechens treten. Diese wird ein eigenes, weites, wissenschaftliches, ethisches und soziales Gebiet umfassen müssen.

Gegen zwei Vorurteile habe er immer ganz besonders ankämpfen müssen: erstens gegen jenes, daß er lediglich aus körperlichen Degenerationszeichen auf Vorhandensein von ethischen Defekten geschlossen habe, während diese für ihn doch nur die Bedeutung eines Tons in einem ganzen Akkorde gehabt haben,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zweitens gegen die Ansicht, es würde der Kriminalität dadurch Vorschub geleistet, daß er viele der Delinquenten in Freiheit belassen wolle; ganz im Gegenteil habe er doch gezeigt, daß ein Teil der schweren Verbrecher überhaupt niemals die Freiheit wiedergewinnen dürfe, nachdem einmal ein Delikt manifest geworden sei. Freilich wird für viele der abnorm Organisierten die ewige Klausur durch den Wegfall des Moments der Entehrung und des Rachebedürfnisses der Gesellschaft in Zukunft sich weniger hart gestalten. Hinsichtlich der korrigiblen, heilbaren, minder Abnormen sei der Weg zur Abhilfe durch die ärztliche, psychologische und soziale Wissenschaft vorgezeichnet.

Werde durch die kriminalpsychologische Forschung die Verantwortung des einzelnen Individuums herabgemindert, so sei dafür die Verantwortlichkeit der Gesamtheit gewachsen. Das falle mehr ins Gewicht und werde sich wirksamer erweisen.

Über die Hauptpunkte der engeren Frage zum Schlusse leicht hinausgreifend streift Lombroso zuletzt das kaum verständliche Vorurteil, als ob in der ethischen Beurteilung der Delinquenz dadurch etwas geändert werden könne, daß ihre notwendige kausale Verknüpfung mit der sonstigen Erscheinungswelt aufgedeckt werde, trotz der gewonnenen Einsicht in das Wesen des Reats werde der gesunde Mensch seinen Abscheu gegen dieses stets behalten, ebenso wie Verehrung, Bewunderung, Genuß am Guten, Wahren und Schönen durch die Überlegung nicht beeinträchtigt werden können, daß auch diese Güter im konkreten Falle irgendwie zustande gekommen sein müssen.

In der nachfolgenden Übersicht ist das wesentlichste, was in den Verhandlungen des Kongresses zur Sprache gekommen ist, im Zusammenhange dargestellt.

Was zunächst den ältesten Zweig der Kriminalanthropologie, die Degenerationsmorphologie, angeht, so konnten die Untersuchungen hierüber in der letzten Zeit schon bis in ziemlich feine Details hinein ausgeführt werden.

Antonini und Zanon[1]) haben einen ausführlichen Bericht über 300 Irre und Kriminelle des Friaul, die der Insassenschaft der Irrenanstalt Udine angehören, rücksichtlich des Auftretens von Degenerationszeichen und auch einiger besonderer anthropologischer Verhältnisse verfaßt (9 Tabellen). Im ganzen waren bei diesen 300 Individuen 95 Degenerationszeichen 1428 mal anzutreffen, d. h. im Durchschnitt 4,7. Bei den Psychosen ergaben sich pro Individuum durchschnittlich 2,9 atavistische und 4,1 pathologische Charaktere, bei den Kriminellen dagegen 5,0 atavistische und 2,4 pathologische, bei der Epilepsie im gesamten 6,2, bei der Dementia praecox 5,6, für die übrigen Erkrankungen niedrigere Ziffern. Rücksichtlich der Zusammenstellung der Körpergröße der Untersuchten ist zu bemerken, daß die Bevölkerung Friauls die größte Körperlänge Venetiens, diejenige Venetiens die größte ganz Italiens darstellt.

Weitere Beiträge über degenerationsanthropologische, besonders kranioskopische Befunde brachte Giovanni Marro[2]). Wenn G. Marro kranioskopiert,

---

[1]) Antonini und Zanon, Anthropologie de fous et criminels du Frioul.

[2]) Marro, Giov., Sur les anomalies de l'arcade zygomatique. — La division du malaire chez les criminels et les aliénés. — Sur la division du pariétal. — La fossette occipitale moyenne chez les aliénés. — Sur deux nouvelles dispositions de la parois interne de l'orbite. — Variations crâniennes chez les criminels et les aliénés. — Sur la division de l'os propre du nez. — Sur la „foveola coccygea".

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so erfährt man öfter etwas Belangreiches. Marro beobachtete am Jochbogen eines Epileptikerschädels den Rest des os quadratum der niederen Wirbeltiere und die in solchen Fällen schon früher festgestellte Entwicklungshemmung der entsprechenden Schläfenbeinschuppe. Er untersuchte ferner die seltenen Teilungen des os malare an einigen hundert Schädeln (Prozentsatz: 1,37% beim Verbrecher, 1,1% beim Irren, 0,25% beim Normalen). Die Teilung des Scheitelbeins durch eine sagittal verlaufende Naht ist nicht atavistisch, sondern sie entwickelt sich lediglich in Fällen stärkeren Auseinanderrückens der beiden Ossifikationspunkte des Knochens (z. B. auch bei Hydrozephalie), die Sagittalnaht kann in solchen Fällen frühzeitig vollständig verwachsen und wird dann gewissermaßen durch die atypischen Intraparietalnähte vertreten. Analoges, wahrscheinlich ebenfalls auf anomaler Ossifikation beruhendes Verhalten fand Marro auch in einem Falle von abnormer Suturierung des Nasalgerüstes, in dem die Internasalnaht fehlte, aber zwei abnorme Nähte, die lateral von den Nasomaxillarnähten hinweg zu einer im unteren Abschnitt der Apertura piriformis gelegenen stumpfen Prominenz des Oberkiefers zogen und auf jeder Seite mit jenen Dreiecke aus diesem herausschnitten, sich vorfanden. Außer dieser hat Marro noch weitere merkwürdige, angeborene Difformitäten der Nasenknochen beschrieben und zu erklären versucht. Auch zwei Fälle der „mittleren Hinterhauptsgrube", eines hoch atavistischen Zeichens, wurden demonstriert. Diese Anomalie hat eine gewisse historische Bedeutung für die Kriminalanthropologie, da die Entdeckung derselben durch Lombroso im Jahre 1870 bei Gelegenheit der Sektion des kalabrischen Briganten Viletta dem Forscher zu einer Quelle außerordentlicher Anregung geworden ist. Von abnormen Bildungen der Orbitalgegend konstatierte Marro den Ersatz des Foramen sphenopalatinum durch ein ethmoidopalatinum oder ein sphenoethnopalatinum.

Die von ihm in vier Fällen aufgefundene Foveola coccygea erklärt Marro für entstanden durch Retraktion des persistierenden Ligamentum caudale, der Hülle des einstigen Coccygealmarkes, und hält sie für ein ziemlich schweres Degenerationszeichen.

Marro's anatomische Studien sind durch viele treffliche Tafeln illustriert.

Cherié-Liguière[1]) hat an je zwanzig Kadavern von Normalen, Irren und Verbrechern gefunden, daß Reste des zweiten Kiemenbogens (Reichart'sche Knorpel im Zungenbeinband) bei Irren und Verbrechern viel häufiger auftreten, als beim Normalen.

Über Anomalien der Gehirne von kriminellen Frauen berichtete Lattes[2]) nach Untersuchungen an hundert Hemisphären. Die wichtigsten abnormen Befunde bestanden in überzähligen und abnorm verlaufenden Frontalwindungen, Verdoppelungen und Unterbrechungen des Sulcus rolando und Fehlen des Sulcus lunatus.

Tovo's[3]) Arbeiten über die Konfiguration der Sutura transversa palatina lassen erkennen, daß die besonders ausgesprochene Form des I. Stieda-Kellermann'schen Typs (Verlauf der Naht nach vorn) bei Delinquenten fast um

[1]) Cherié-Liguière, M., Encore sur les dérivés du 2.me arc branchial chez l'homme adulte.

[2]) Lattes, L., Contribution à la morphologie du cerveau de la femme criminelle.

[3]) Tovo, C., Sur la suture palatine transverse chez les criminels.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das Doppelte häufiger ist als bei den Normalen. Bei allen Säugern (außer Troglodytes Savagis und den Phociden) verläuft die Naht stark nach vorn. Die Schädel mit dem geschilderten Nahtverlauf wiesen auch die meisten sonstigen atavistischen Abnormitäten und bei Frauen Annäherung an den männlichen Charakter auf.

Panseri[1]) beschreibt drei Verbrecherschädel mit zahlreichen, teilweise interessanten Abnormitäten.

Audenino[2]) bringt eine Gallerie ausgesuchter Galgenphysiognomien mit Erläuterungen zur Ansicht und erörtert, warum in den Fällen schwerer Degeneration der anthropologische Typ fehlen könne, oder zu fehlen scheine.

Gualino[3]) hat Nachforschungen über das Auftreten der „Prominentia squamae occipitis" angestellt. Die Difformität läßt sich nach dem Autor nur am skelettierten Schädel, nicht am Lebenden genau untersuchen, auch seien leicht Verwechslungen mit anderen Anomalien möglich (welchen?). Sicheres über ihre Bedeutung sei bisher nicht ermittelt. Die Gall-Möbius'sche Deutung ist nicht erwähnt. Auch die Möbius'schen Untersuchungen scheinen dem Autor nicht bekannt zu sein. Weitere, lichtvolle und sorgfältige Erhebungen über diese Bildungsanomalie wären verdienstlich.

Audenino[4]) behandelte das Thema des Mancinismus und Ambidextrismus. Die Beobachtungen an Tieren sind, obgleich bereits viele Einzelberichte vorliegen, noch nicht abgeschlossen. Die gedachten Motilitätsanomalien finden sich aber entschieden häufiger bei Wilden, kleinen Kindern, Schwachsinnigen, Verbrechern, Prostituierten und Epileptikern. Nach Audenino ist der Ambidextrismus ein stärker atavistisches Zeichen als der Mancinismus, der Nachweis der betreffenden Anlage ist oft nicht leicht zu erbringen, da die betreffenden Individuen sich trotz derselben bei vielen Verrichtungen auch der rechten Hand bedienen und Rechtshänder sich gelegentlich wie Linkshänder verhalten können. Ein besonderes Aussehen bekommt das Problem des Mancinismus, wenn man die Erscheinung vom Gesichtspunkte des allgemeinen organischen, resp. psychophysiologischen Asymmetrismus auffaßt. Die italienische Schule hat verschiedene Formen des „Mancinismus sensorius" genauer studiert, ferner die Asymmetrien der Stärke des Blutdruckes in beiden Körperhälften, die Asymmetrien der Muskelinnervation, besonders des Fazialisgebietes (Audenino[5]). Für letztere ergab sich nach Ausschließung der für die Untersuchung ungeeigneten Fälle, daß Asymmetrien der ausschließlich motorischen Innervation selten, der emotiven häufiger sind, besonders häufig aber beim Epileptiker und „geborenen Verbrecher". Lombroso ist geneigt, beim Bestehen von starkem Asymmetrismus eine Entwicklungsstörung, eine Art teratologischer Bildung anzunehmen („als ob das Individuum aus zwei nicht zueinander passenden Körperhälften, resp. aus Teilen verschiedener Individuen zusammengesetzt sei").

---

[1]) Panseri, Sur trois crânes de criminels.

[2]) Audenino, E., Pourquoi tous les épileptiques et criminels-nés n'ont pas le type.

[3]) Gualino, L., La „prominentia squamae occipitis" chez les normaux, criminels et aliénés.

[4]) Audenino, L'homme droit, l'homme gauche et l'homme ambidextre.

[5]) Audenino, Les parésies mimiques unilatérales chez les personnes normales, les fous et criminels.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von sonstigen wichtigen Fragen über das Epilepsieproblem kam das Thema des Bewußtseinsverlustes beim epileptischen Anfall und die abnorme histologische Struktur der Gehirnrinde zur Besprechung. Über ersteres referierte wiederum Audenino[1]). Er teilte mit, daß er das Auftreten echter epileptischer Anfälle bei erhaltenem Bewußtsein in drei Fällen beobachtet hat und zwar begründete er die Diagnose durch das gleichzeitige Bestehen sonstiger epileptischer Erscheinungen (Auftreten typischer Anfälle), Vorhandensein stärkerer Degenerationszeichen und das Fehlen aller hysterischen Symptome. Nur in einem Falle konnte indes das Fehlen der Pupillenreaktion und der Dilatation inter accessum festgestellt werden, aber gerade hier zeigte die Form der Motilitätsstörung Reste zugrunde liegender Vorstellungskomplexe. Eine Aura scheint dagegen wiederum vorhanden gewesen zu sein. Hierzu muß man sich freilich vergegenwärtigen, daß die Hysterie in Italien und Frankreich vielfach anders aussieht, als bei uns. Auf der anderen Seite bieten die epileptischen „Äquivalente" wieder eine Brücke zur Erklärung etwaiger Mischformen.

Über die histopathologische Forschung der Hirnrinde bei der Epilepsie berichtete Roncoroni[2]). Der Autor hat die abnorme Struktur im Bau der Rinde beim Epileptiker und Kriminellen schon Mitte der neunziger Jahre beobachtet und beschrieben. Bei 33 Epileptikern vermißte er neunmal die innere Körnerschicht in den Vorderlappen, 23 mal war diese atrophisch, zehnmal fanden sich Richtungsänderungen in der Orientierung der Pyramidenzellen, deren Protoplasmazug oft schräg, teilweise quer verlief. Viele Pyramidenzellen waren atrophisch, andere hypertrophisch, nur in neun Fällen verhielten sich die Pyramidenzellen normal.

Bei 16 geborenen Verbrechern stellte Roncoroni viermal Fehlen, sechsmal Atrophie der inneren granulierten Schicht fest, siebenmal abnorme Orientierung der Pyramidenzellen, neunmal Hyper- oder Atrophie dieser.

In der psychologischen Sitzung erläuterte Sommer[3]) seine psychologischen und psychopathologischen Untersuchungsmethoden der Ausdrucksbewegungen und Reflexe, die Modifikabilität der letzteren durch Suggestions- und Intoxikationsvorgänge, ihre Bedeutung für die Beurteilung, ob Simulation vorliege, für die Aufdeckung und nähere Erforschung eines großen Teiles des Vorstellungsinhaltes des Individuums und für die Differentialdiagnosen zwischen organischer und funktioneller Erkrankung, besonders auch soweit die speziell kriminalpsychologische Untersuchung in Frage kommt. Über die experimentalpsychologischen Ergebnisse der plethysmographischen und hydrosphygmographischen Registrierung der Gemütsbewegungen wurde nicht besonders berichtet, die Methode nur von Lombroso in der Diskussion berührt.

Zur Psychologie der Zeugenaussage brachte Claparède[4]) einige experimentelle Beiträge: von 22 Hörern einer Vorlesung, in der sich eine maskierte (und grotesk verkleidete) Person 20 Sekunden aufgehalten hatte, waren nur vier imstande, nach einigen Tagen die betreffende Gesichtsmaske aus zehn verschiedenen Masken herauszuerkennen, acht waren unsicher, zehn bezeichneten

---

[1]) Audenino, La conscience dans les accès d'épilepsie.

[2]) Roncoroni, L., Anomalies histo-morphologiques dans les épileptiques et les criminels.

[3]) Sommer, R., L'application de nouvelles méthodes de recherche dans l'anthropologie criminelle.

[4]) Claparède, E., Expériences collectives sur le témoignage et la confrontation.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine falsche Maske. Nach Mariani's Versuchen war von 230 Schülern nur ein Fünftel in der Lage nach einer Woche eine einfache Zeichnung so genau zu reproduzieren, daß sie dieselbe wiederholen konnten. Mariani[1]) empfiehlt zur Ausschaltung von Fehlerquellen in der Aussage die experimentalpsychologische Untersuchung der Zeugen vor der Vernehmung, gibt aber zu, daß die Beobachtungs- und Erinnerungsfähigkeit eines Individuums an sich großen Schwankungen unterliegen könne. Brusa[2]) erhofft die beste Lösung der wichtigen Frage von einer in den allgemeinen Bildungsschatz künftig aufzunehmenden systematischen Erziehung zur korrekten Aussage, die wohl als Aufklärung über die Psychologie gewisser Irrtümer aufgefaßt werden müßte.

Über die Erkennungs- und Erinnerungsfähigkeit für taktile, olfaktorische und Geschmackseindrücke hat Aly Belfadel[3]) an vierzig Versuchspersonen verschiedenen Alters und Herkommens, worunter 26 Männer und 14 Frauen und 33 Kranke und 7 Gesunde, durch Experimente mit geschlossenen Augen Eingehenderes zu ermitteln versucht. Die Prüfung auf Geschmack und Geruch verhielt sich im ganzen ähnlich. Am geringsten war die Erinnerungsfähigkeit für Gerüche. Verwechslungen kamen oft vor. Die Fehler für die Tastprüfung waren größer, wenn die Versuchsperson mit beiden Händen zugriff, was wohl damit zusammenhängt, daß zum Anfassen meist nur eine Hand benutzt wird, und die zweite Hand vielleicht dabei stört. Einige sehr eigentümliche Verkennungen, resp. Nichterkennungen von Gegenständen, Gerüchen usw. bei geschlossenen Augen waren zu beobachten, ohne daß, abgesehen von der Abspannung in einigen Fällen, eine Erklärung gelang.

Die anthropologische, resp. degenerationsmorphologische Betrachtung der Kriminellen hat insofern eine unmittelbare praktische Bedeutung, als der Sicherheits- resp. Identifikationsdienst sich ihrer Ergebnisse oft mit Erfolg bedienen kann. Indes ist der Kongreß im ganzen der Ansicht gewesen, daß es gegenwärtig höchstens opportun wäre, wissenschaftlich genügend vorgebildete Funktionäre damit bekannt zu machen, womit übrigens nicht verlangt werden soll, daß diese etwa medizinisch-psychologische Untersuchungen vornehmen sollen.

Locard[4]) spricht für Einführung eines einheitlich geregelten internationalen Erkennungsdienstes. Vorgeschlagen wird eine Erkennungskarte, deren Vorderseite die Abdrücke der Papillen der zehn Fingerspitzen, sowie die wichtigsten Tätowierungen und sonstige besondere Merkmale des zu Identifizierenden enthält, die Rückseite soll für das „Portrait parlé“ und die Personalien, sowie amtliche Vermerke reserviert sein. Für die daktyloskopische Untersuchung wird der auch in Italien zur Verwendung gelangenden Methode Vucetich-Buenos-Ayres durchaus vor der Windt-Kodicek'schen und Galton-Henry-schen der Vorzug gegeben. Das Wichtigste für die Identifizierung ist das „Portrait parlé,“ die Beschreibung der Person in Worten. Die Methode des „Portrait parlé“ hat Reiß[5]) eingehend erläutert. Sie bietet hinsichtlich ihrer

---

[1]) Mariani, C., Sur la psychologie des témoins.

[2]) Brusa, E., De la valeur psychologique du témoignage.

[3]) Aly Belfadel, „Mental tests“ du toucher, du goût et de l'odorat.

[4]) Locard, E., Les services actuels d'identification et la fiche internationale.

[5]) Reiß, R. A., Le portrait parlé et son application dans les recherches d'anthropologie criminelle und le portrait parlé dans la pratique policière et son enseignement.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verwendbarkeit, der leichten Bekanntgabe und relativen Sicherheit ihrer Ergebnisse und deshalb, weil diese über lange Zeiträume und auch bei stärkerer natürlicher oder künstlicher Defiguration des Individuums ihren Wert behalten, außerordentliche Vorteile. Wichtig sind namentlich die außergewöhnlichen Merkmale, die auf Abbildungen häufig nicht ersichtlich sind (man sieht hier wieder, wie zutreffend Möbius's Satz über die Verwendbarkeit der Ikonographie ist, daß „nur ein positiver Befund am Bildwerke einen Wert hat, ein negativer nicht"); Unterschiede in der Letter der Schrift eines solchen Signalements weisen auf den Grad der Abnormität hin, eigentlich wissenschaftliche und anatomische Ausdrücke sollen nach Möglichkeit vermieden werden. Die Methode ist bei genügender Intelligenz in 40—50 Unterrichtsstunden erlernbar und hat in der Schweiz, Frankreich, Rumänien vorzügliche Resultate hinsichtlich der raschen und sicheren Rekognoszierung gegeben.

Ottolenghi[1]) weist auf die große Bedeutung hin, die die anthropologisch-psychologischen und biologischen Ergebnisse für die wissenschaftliche Organisation der Polizei im allgemeinen besitzen. Ottolenghi schlägt für jeden Kriminellen eine polizeiliche „Cartella biografica" vor, die außer den Identifikationsvermerken auch die physischen und psychischen Degenerationsmerkmale des Individuums, seine kriminelle Antecedenz, seine Lebensgeschichte und Hauptschicksale, namentlich aber auch seine geistigen und körperlichen Erkrankungen und deren wesentlichste Momente enthalten soll.

Niceforo[2]) wünscht die Errichtung von Lehrstühlen für Polizeiwissenschaft („Police judiciaire scientifique"), damit die neuen Forschungsergebnisse praktisch nutzbar gemacht werden können.

Speziell „polizeiwissenschaftlich" interessante Mitteilungen brachte Reiß[3]), so über den Nachweis der Öffnung eines Briefes am Ankunftsort (Spiegelung von arabischem Gummi über dem Ankunftsstempel bei bestimmter Beleuchtung), über Unterschriftfälschungen mittels Durchpausen der Schriftzüge gegen eine Fensterscheibe und Festfahren der Feder („accrochage") (bei Radierung von Bleistiftstrichen Nachweis dieser mit Joddämpfen), über die „latenten Abdrücke," die getrocknete Schriftzüge mancher Tinten auf Papier hinterlassen und deren Hervorrufung durch Wärme oder photographische Verfahren, über die Rekognoszierung eines Individuums, das in einem noch unbezogenen Neubau vandalisiert hatte, durch Feststellung seiner daktyloskopischen Abdrücke an dem Glaserkitt, mit dem es Unfug getrieben hatte.

Über die daktyloskopischen Methoden im allgemeinen mit besonderer Berücksichtigung des italienischen Klassifikationssystems gab Gasti[4]) eine Übersicht. Einen speziellen wissenschaftlichen Beitrag zur Daktyloskopie lieferte Ascarelli[5]), der die Fingerspitzenabdrücke von hundert römischen Prostituierten untersuchte. Er ermittelte hierbei, daß die abnormen Formen und Zeichnungen bei Prostituierten häufiger sind, als bei normalen Frauen, namentlich die „primitiven",

[1]) Ottolenghi, S., L'anthropologie criminelle et l'organisation scientifique de la police.

[2]) Niceforo, La police judiciaire scientifique.

[3]) Reiß, Quelques applications nouvelles de la photographie dans les enquêtes judiciaires.

[4]) Gasti, L., L'identification dactyloscopique et le système italien de classification.

[5]) Ascarelli, A., Les empreintes digitales dans les prostituées.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und daß auch die Gleichförmigkeit der Zeichnung für alle Finger rücksichtlich der primitiven Formen bei der Prostitution häufiger ist als bei den Normalen.

Auf dem Gebiet der Kriminalpsychologie und kriminellen Psychopathologie sei zunächst eine Arbeit von de Roos[1]) erwähnt über die Frage der Ursachen der Zunahme der Eigentumsverbrechen im Winter und der Rohheitsverbrechen im Sommer. Rücksichtlich der ersteren kam der Autor zu dem Schlusse, daß die Länge der Nächte im Winter jedenfalls nicht als wichtiger ursächlicher Faktor angesehen werden dürfe, und daß im Sommer die Gelegenheit zum Diebstahl vielfach günstiger sei als im Winter (mehr verlassene Wohnungen in der Reisezeit, durchschnittlich sorglosere Verschlüsse u. a. m.). Die Blutsverbrechen wieder scheinen in größerem Umfange mit Umständen parallel zu gehen, die den Besuch der Wirtshäuser und den Alkoholgenuß erleichtern. Dieser ist aber im Winter und in nordischen Klimaten durchschnittlich stärker als im Sommer und im Süden. Die Entstehungsbedingungen der Erscheinung sind also verwickelt und unklar, allenfalls könne man annehmen, daß die Ursachen ethnischer und klimatischer Natur seien und daß der Alkoholgenuß diese Differenz zu nivellieren trachte.

Tovo und Rota[2]) haben gefunden, daß dort, wo die schweren Verbrechen seltener sind, ihre Zahl nur geringe Schwankungen, sei es nach unten, sei es nach oben, aufweist, dort, wo sie häufiger sind, diese Variabilität größer, aber nur auf Rechnung derjenigen Formen zu setzen ist, die man bei genauerem Zusehen als die minder schweren davon bezeichnen muß, und daß die geringere Kriminalität überall stärker schwankt.

Angiolella[3]) untersuchte die psychologischen Grundzüge des Brigantentums und der italienischen Verbrechergesellschaften und findet in ihnen vielfach ethnische Besonderheiten, die der Bevölkerung des Bodens entstammen, auf dem sie wuchern: die Kamorristen dieser Gegend seien so, die jener anders. Umgekehrt begünstigt wieder die psychische Konstitution und die Jahrhunderte lange psychische Misere der Bevölkerung Süditaliens die gedachten Auswüchse und in Kalabrien gäbe es sogar sonst ganz brauchbare Krankenwärter, die in Wahrung des schiefen heimatlichen Ehrbegriffs gelegentlich untereinander zum Messer griffen.

Antonio Marro[4]) untersuchte die auffällige Erscheinung, daß bei vielen schweren Bluttaten anscheinend nur ganz geringfügige Motive vorliegen (ganz ebenso wie bei vielen Selbstmordfällen). Er führt diesen Sachverhalt auf eine von ihm „zerebrale Hyperästhesie" genannte Disposition des Individuums zurück, die infolge Wegfall der Hemmungen durch Alkoholgenuß und durch den erregenden Einfluß der Temperatur in südlichen Ländern verstärkt werde. A. Marro empfiehlt bei der Jugenderziehung ärztlicherseits auf solche Disposition zu fahnden und entsprechende hygienische Maßnahmen zu treffen.

M. Treves bemüht sich, in der Genese der Reate aus Leidenschaft aus-

---

[1]) de Roos, J. R. B., Quelques recherches sur les causes de l'augmentation des vols pendant l'hiver et des coups et blessures pendant l'été.

[2]) Tovo C. und Rota, M., Sur une loi de développement de la criminalité.

[3]) Angiolella, G., Les germes éthniques et psychologiques de la camorra et du brigandage.

[4]) Marro, Ant., L'hypérestheśie psychique et l'homicide.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einanderzuhalten, ob in diesen mehr das psychogene Element vertreten ist (Hysteroidismus) oder mehr das „obsessive", konvulsive (Epileptoidismus, manque de préméditation). Die „Passionalität" ist eine morbose, meist hereditäre psychische Prädisposition, die schon frühzeitig vom Erzieher eruiert werden kann. Sehr beachtenswert ist auch Treves'[1]) Bemerkung über die Abart der von ihm sobenannten „labyrinthischen Verbrechen". Hier handelt es sich um Reate, die zunächst anscheinend zureichend motiviert und psychologisch unauffällig ausgeführt sind, bei denen sich aber bei näherem Zusehen dennoch ein rätselhafter Punkt herausstellt, der sich aufhellt, wenn ermittelt ist, daß beim psychologischen Zustandekommen der kriminellen Handlung eine wahnhafte Komponente mitbeteiligt gewesen ist.

Einen eingehenden Bericht über die Kriminalität im italienischen Heere, besonders hinsichtlich der Desertion und Insubordination lieferten Ferrero di Cavallerleone und Consiglio[2]).

Charpentier[3]) bringt Beiträge zum Thema der Simulation des Irreseins. die Lasègue's Paradoxon, einer könne nur das gut simulieren, was er habe, dahin modifizieren, er könne auch das simulieren, was er nicht habe, wenn er gut „dressiert" sei oder viel Gelegenheit zur Beobachtung gehabt habe, aber wieder mit der Einschränkung, daß ein solcher Versuch zunächst wiederum psychopathologische Ausgangspunkte voraussetzen werde. Es ist dies gewissermaßen das psychologische Gegenstück zu dem Verhalten gewisser Geisteskranker, die durch oft langandauernde, mühsame Verheimlichung ihrer Halluzinationen und Wahne die Freiheit wiederzugewinnen trachten. Hier wie da ist zunächst fortgesetzte Beobachtung die einzige angemessene Maßregel. Gleichzeitig bestehende ethische Defekte, die freilich mitsprechen können, dürfen weder in dem einen noch in dem anderen Falle von vornherein als das Wesentliche der Sache angesehen werden.

Die Kriminalität bei Dementia praecox hat Pighini zum Gegenstande einer Untersuchung gemacht[4]). Pighini nimmt an, daß in der Hälfte seiner 56 Fälle die Krankheit zur Zeit des Reats bereits ausgesprochen war. Trotzdem waren von diesen in der gerichtlichen Verhandlung nur acht als unzurechnungsfähig beurteilt worden.

Lombroso[5]) gibt eine ausführliche Schilderung der Psychopathologie der homosexuellen Anlage und der Homosexuellen im allgemeinen und frägt zuletzt, warum, wenn man einmal die Typizität der Homosexuellen zugebe, man nicht auch die Typizität des geborenen Verbrechers einräumen wolle.

Frigerio[6]) berichtet über eine Reihe sexueller Bluttaten oder Blutverbrechen mit sexueller Färbung seitens psychosexuell abnormer oder sonst degenerierter Individuen.

Clark Bell[7]) verlangt, daß bei Einbalsamierungen nur solche Chemikalien

---

[1]) Treves, M., Du crime labyrinthique.
[2]) Ferrero di Cavallerleone und Consiglio, Essai de criminologie militaire.
[3]) Charpentier, C., Sur les simulateurs.
[4]) Pighini, G., Le crime dans la démence précoce.
[5]) Lombroso, C., Du parallelisme entre l'homosexualité et la criminalité innée.
[6]) Frigerio, L., Sexualité criminelle.
[7]) Clark Bell, Sur l'emploi des poisons dans les embaumements.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verwendet werden dürfen, welche keinen toxischen Stoff enthalten, z. B. Arsen, und daß solche Präparate von zufälligen Verunreinigungen oder chemisch differenten Rückständen sorgfältig frei zu halten und vor Gebrauch auf ihre Reinheit zu kontrollieren seien, da sonst jede chemische Untersuchung post mortem illusorisch sei.

Der Gynäkologe Vicarelli[1]) gibt eine Übersicht über die in Piemont meistens verwendeten (etwa zwei Dutzend) chemischen und mechanischen Mittel, die den kriminösen Abort herbeiführen sollen. Für viele dieser Substanzen und Werkzeuge bestehen besondere Bezeichnungen im Argot.

Slingenberg[2]) sucht nachzuweisen, daß die Anschwellung der holländischen Kriminalität von 1897 und 1901 mit der Wahlbewegung in Zusammenhang zu bringen sei. H. Herz gibt Einzelheiten über die Kriminalität der arbeitenden Klassen. De Ryckère[3]) behandelt die Kriminalität der weiblichen Dienstboten. Diese erstreckt sich in erster Linie auf Diebstähle, weiterhin auf Racheakte, Kindsmord, Vergiftungen. Prostitution, Alkoholismus (besonders der Köchinnen) und Selbstmordversuche werden relativ häufig, Psychosen dagegen relativ nicht häufig beobachtet. Ersatz der privaten Gesindevermietungsbureaux durch eine amtliche Institution und eine behördliche Dienstboteninspektion soll angestrebt werden, um Besserung zu schaffen.

Nach Minovici's[4]) Mitteilungen über die Kriminalität der Frauen in Rumänien ist diese verhältnismäßig daselbst außerordentlich gering (2,43%); unter den Ursachen, die die geringere Kriminalität des Weibes im allgemeinen bedingen, glaubt M. für Rumänien besonders die Abneigung der Frauen gegen den Alkohol und das stärkere religiöse Gefühl in Anspruch nehmen zu können. 85% der rumänischen Verbrecherinnen waren Analphabeten, 66,85% der von Frauen begangenen Delikte bestanden in Diebstählen. Verbrecherischer Abort ist sehr selten. Über die Kriminalität des Kindes referierte Ida Faggiani[5]) nach Erfahrungen am medico-pädagogischen Institut in Turin. Die Erfolge der Stiftung waren auch bei sehr verwahrlosten Kindern oft als befriedigend zu bezeichnen. Unter mehr als hundert der Schützlinge konnten eigentlich nur zwei als ethisch hoffnungslos defekt angesehen werden. Als großer Übelstand erwies sich die Rückkehr der Zöglinge in das korrupte Milieu, die meistens leider nicht zu vermeiden ist.

Auch Valenti-Vivò[6]) ist der Ansicht, daß die Wirksamkeit der Patronagen, Jugendkolonien, Erziehungsheime u. dgl. bisher noch viel zu wünschen übrig läßt. Von den kriminogenen Faktoren, als da sind, morbose Erblichkeit, Konstitutionskrankheiten, physische und psychische Vernachlässigung in der ersten Kindheit, Mangel an Widerstandsfähigkeit, demoralisierendes Familienleben, Fehlen jeder rationellen Anleitung, Verkümmerung des Geistes- und Gefühlslebens müßte jeder für sich bekämpft und das Interesse für die Wichtigkeit und Gemeinnützigkeit dieses Kampfes in weiten Kreisen geweckt und wachgehalten werden.

[1]) Vicarelli, G., Moyens vulgaires pour l'avortement criminel.
[2]) Slingenberg, G., La criminalité et la lutte des classes dans les Pays-Bas.
[3]) De Ryckère, R., La criminalité ancillaire.
[4]) Minovici, M., Remarques sur la criminalité féminine en Roumanie.
[5]) Faggiani, Ida, Considérations sur la criminalité des enfants.
[6]) Valenti-Vivò, La précocité dans la criminalité.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach Albanel, der als Untersuchungsrichter die Beobachtung gemacht hatte, daß sehr viele jugendliche Kriminelle abnorm sind, kann seit 1898 in Frankreich ein übelgeratenes Kind der Familie entzogen werden, wenn man annehmen darf, daß diese nicht imstande sein wird, es entsprechend zu beaufsichtigen. Albanel[1]) empfiehlt Unterstützung der Eltern seitens kundiger Erzieher innerhalb der Familie dort, wo diese gegen einzelne Schwererziehliche nicht genügend Autorität besitzen, oder will solche nur täglich so lange der Familie überlassen wissen, als diese sie genügend beaufsichtigen kann (demi-pension), im übrigen sollen „Präventionsschulen" gegründet werden, in denen der Aufenthalt indes nur möglichst kurz bemessen werden soll, damit dem Kinde das Familienleben möglichst erhalten bleibe. Von diesen Präventionsschulen müsse man außerdem noch zwei Unterarten organisieren, solche für die Kinder mit ausgesprochenen ethischen Defekten und solche für die geistig stärker abnormen oder zurückgebliebenen Kinder, welch letzteren einen mehr sanitären Charakter besitzen müssen. Auch Kahn[2]), der über die Wirksamkeit der Patronage familial eine Reihe spezieller Mitteilungen bringt, ist der Meinung, daß man das Familienleben dem gefährdeten Kinde nach Möglichkeit erhalten solle, und daß die Familie häufig nur eine geeignete Stütze brauche, um einer schon halbgescheiterten Erziehungsaufgabe dennoch gerecht zu werden. Freilich habe die Wirksamkeit auch des Patronage familial ihre Grenzen. Bei größeren Kindern erreiche man durch Unterbringung bei einem geeigneten Lehrherrn oder durch Versetzung in eine gesunde Bauernfamilie in abgelegener Gegend oft mehr. Für die stärker abnormen Jugendlichen wird man eigener Institute bedürfen.

Brück-Faber[3]) schildert die in Luxemburg üblichen Methoden der Behandlung minorenner Verbrecher.

Über die allgemeine soziale und strafrechtliche Behandlung der Jugendlichen hat van Hamel[4]) eine Reihe Thesen niedergelegt. Die strafrechtlichen und sozialen Maßnahmen gegen den jugendlichen Verbrecher müssen auf den durch die Erfahrung gegebenen Resultaten der kriminellen und anthropologischen, wissenschaftlichen Forschung basieren, die theoretische Unterscheidung nach dem bloßen Begriffe der Einsicht des Täters ist zu verlassen, die Art der jedesmaligen Einwirkung auf den Verbrecher muß sich nach den jeweiligen Ergebnissen der psychologischen Beobachtung richten, die zivilrechtlichen Maßnahmen (Vormundschaft) und die sozialen Obliegenheiten (Schule) müssen der korrektiven Initiative untergeordnet werden, alle Maßregeln sollen einen erziehlichen Charakter tragen, richterliche und administrative Gewalt sollen in ihrer Verfügungsfähigkeit rücksichtlich der einzuschlagenden Methoden möglichst unbeschränkt sein, die physische und psychische Ausbildung ist stets gleichmäßig zu berücksichtigen, die erziehlichen Maßnahmen haben in verschiedenfachen öffentlichen oder privaten Anstalten (oder Familienpflege) unter Aufsicht und Beihilfe des Staates zu

[1]) Albanel, L., Organisation pratique de la prophylaxie de la criminalité juvénile.

[2]) Kahn, P., Traitement des jeunes criminels dans le droit pénal et dans la discipline pénitentiaire suivant les pricipes de l'anthropologie criminelle.

[3]) Brück-Faber, Régime des jeunes délinquants dans le grand-duché de Luxembourg.

[4]) van Hamel, G. A., Traitement des jeunes criminels dans le droit pénal et dans la discipline pénitentiaire suivant les principes de l'anthropologie criminelle.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geschehen, die psychisch stärker Abnormen sind in besonderer Weise zu behandeln, diejenigen, die sich als dauernd incorrigibel und gefährlich erweisen, müssen unter so viel Bewegungsfreiheit, als ihr Zustand zulässig erscheinen läßt, in eigenen Anstalten untergebracht und überwacht werden, die Richterschaft, die die Maßnahmen in dem gedachten Rayon anzuordnen hat, muß mit dem betreffenden Zweige der Justiz eigens beauftragt, die zuständigen behördlichen Beamten und die private Hilfsorganisation müssen mit der kriminologischen Wissenschaft genügend vertraut sein. Der Staat soll die kriminologische Forschung unterstützen. Theoretisch und praktisch betrachtet soll und kann die Behandlung der jugendlichen Verbrecher vorbildlich für jene der großjährigen sein.

Dati[1]) proklamiert das Recht der Delinquenten auf Hilfeleistung der Gesellschaft und psychische Gesundung. Diese Aufgabe soll mittels einer Einwirkung ausgeübt werden, die eine Kunst und eine Wissenschaft gleichzeitig darstellen soll, und die er Ethoiatrie nennt. Er versteht darunter in der Hauptsache die Tätigkeit eines wissenschaftlich gebildeten Seelsorgers, und Herzensbildung soll es auch in erster Linie sein, was durch diese Arbeitsleistung angestrebt werden soll, gleichzeitig aber auch Schulung des Willens und des Geistes.

Garofalo spricht über die Unterbringung der für unzurechnungsfähig erklärten, schwer Gemeingefährlichen (Mord, Totschlag, Notzucht, Brandstiftung), gegen welche der Schutz der Gesellschaft in den meisten europäischen Staaten noch nicht sicher genug gestellt ist. Garofalo[2]) verlangt weitgehende Autorisation des Richters, den auf Grund seines Geisteszustandes als nichtschuldig erkannten Kriminellgewordenen besonderen Anstalten zuzuweisen, die gleichzeitig die Fürsorge für die Gesellschaft und ihn selbst zu übernehmen haben, indes nicht den Charakter der Strafanstalten tragen sollen und in denen Zwang nur insofern ausgeübt werden soll, als die Überwachung und Hausordnung es erheischen. Der Inquilin einer solchen Anstalt soll diese erst nach mehrere Jahre dauerndem Aufenthalte und, wenn ein Kommission Sachverständiger sich dahin geäußert hat, daß von ihm keine Gefahr mehr drohe, verlassen können, andernfalls auf Lebenszeit in dieser interniert bleiben. Del Greco[3]) weist daraufhin, daß es Fälle gäbe, in denen Geisteskranke Verbrechen unter solchen Umständen verübt haben, daß man nach menschlichem Ermessen annehmen kann, daß die Reate sich nicht wiederholen würden, und verlangt, daß solchen Unglücklichen wie harmlosen Geisteskranken Freiheit in der Wahl therapeutischer Hilfsmittel gewährt bleibe.

Treffende Gedanken fand Gina Lombroso-Ferrero[4]) zu ihrem Thema „das Mitgefühl und die Rechtspflege." Das menschliche Mitgefühl ist kein „Humanitätsdusel" („banal sentimentalisme"), sondern der physiologische Schmerz darüber, daß schwere Leiden, sei es der Gesamtheit, sei es dem einzelnen ohne Not dort nicht erspart bleiben, wo es geschehen kann. Dieses Mitgefühl, ebenso wie die Liebe, braucht die menschliche Spezies, wenn sie fortbestehen und sich

---

[1]) Dati, N., Sur l'éthoiatrie, science et art de la correction des criminels mineurs et adultes.

[2]) Garofalo, R., De l'institutions d'asyles pour l'internement perpétuel de certains criminels déclarés irresponsables.

[3]) Del Greco, F., Sur le traitement moral des criminels fous.

[4]) Lombroso, Gina, Le rôle de la pitié dans la justice.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

höher entwickeln soll. Das Mitgefühl wird die Rechtspflege nicht schädigen, es wird sie vervollkommnen.

Bei Gelegenheit des Kongresses ist in sieben Sälen des anatomischen Institutes in Turin eine „Ausstellung für Kriminalanthropologie und Polizeiwissenschaft" veranstaltet worden, auf welcher über 40 Aussteller, Fachleute, wissenschaftliche Institute, Anstalten, öffentliche Ämter vertreten waren. Ausgestellt waren anatomische Präparate (besonders Schädel, Gehirne, Gefäßpräparate), Arbeiten von Verbrechern von wissenschaftlichem und psychologischem Interesse (Stickereien, Schnitzereien, Embleme, Gegenstände plastischer Darstellung, aus Seife, Brotteig usw.), Zeichnungen, Schriftstücke, Corpora delicti, besonders Kamorristenwaffen, Fälschungen von Schriften und Drucken, ferner Instrumente und Apparate der Rekognoszierungs- und anthropometrischen Methoden, Anfosso's Kraniograph, Album und Bilder von Degeneriertentypen, graphische Darstellungen und Tabellen zum Kapitel der Kriminologie und verwandtem usw.

Dem Werke beigegeben sind sechs besondere Illustrationstafeln mit Abbildungen der Räume und interessanter Einzelobjekte aus dem neuen kriminalanthropologischen und psychiatrischen Museum in Turin.

III. Bibliographie.

J. Hallervorden: Über Heilerfolge bei nervösen Invalidenversicherten. Inaug.-Dissert. Berlin 1909, Verlag Richard Schoetz.

In dem interessanten Schriftchen wird über die Heilerfolge berichtet, welche in der Volksheilstätte für Nervenkranke Haus Schönow in den Jahren 1900—07 bei Invalidenversicherten mit funktionellen Nervenstörungen erzielt worden sind. Die Heilstättenbewegung hat ja erst recht auf die große soziale Bedeutung der „nervösen" Erkrankungen im Volke namentlich mit Rücksicht auf die Frage der Erwerbsfähigkeit aufmerksam gemacht. Je klarer ihre Masse und einschneidende Wirkung hervortrat, um so dringender erschien die Notwendigkeit, sie in besonders geeigneten Anstalten zu behandeln, welche die Freiheit und Frische des Erholungsheims mit der genauen ärztlichen Behandlung und Beobachtung des Krankenhauses verbänden. Die Landesversicherungsanstalten griffen bei ihren nervösen Erwerbsunfähigen lieber zur Invalidisierung als zum Heilverfahren, für das ihnen doch die geeigneten Anstalten fehlten. Das ist seit Gründung von Heilstätten anders geworden. Vorbildlich hat die erste Nervenheilstätte „Haus Schönow" gewirkt, „an welcher alle Erfahrungen gemacht, alle darauf bezüglichen Fragen praktisch versucht und neben manchen Mißerfolgen brauchbare Resultate gewonnen wurden, die für die späteren Heilstätten bereits gegebene Tatsachen darstellen". In den Jahren 1900—07 wurden von verschiedenen Landesversicherungsanstalten 268 Patienten der Heilstätte zur Be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

handlung überwiesen. Die vom Verfasser angestellte, durch Fragebogen vermittelte Untersuchung ergab, daß bei diesen Patienten, soweit sie an funktionellen Nervenerkrankungen litten, Heilerfolge von vier bis sieben Jahren Dauer erzielt wurden und zwar bei 55 % Männer und 30 % Frauen. Verf. konstatiert mit Genugtuung, daß sich die Heilerfolge bei diesen nervösen Kranken etwa stellen, wie die Resultate bei den Patienten der Lungenheilstätten. Daß im Gegensatz zu den Erfahrungen der Lungenheilstätten die Erfolge bei den weiblichen Kranken geringer sind, als bei den männlichen, erklärt Verf. daraus, daß die psychisch verwundbareren Frauen weniger für den Broterwerb vorbereitet seien und in diesem Widerstreit zwischen Naturanlage und Notwendigkeit eine Grundursache für nervöse Störungen bei Frauen gegeben sind, die eben durch keine Behandlung in ihrer Quelle behoben werden können. Vielleicht könnte man hinzufügen, daß das Nervensystem der Frau, weniger elastisch als das des Mannes, einmal niedergedrückt weniger vollständig sich erhebt und daß namentlich psychische Ursachen, wo sie, wie häufig im weiblichen Nervensystem, einmal Schaden gestiftet haben, schwerer zu eliminieren sind, als beim Manne, der schon durch seinen größeren Wirkungs- und Gesichtskreis gewöhnlich leichter über sich selber hinausgehoben wird. Auch der Alkohol mag hier insofern eine Rolle spielen, als er beim Manne als häufiger Krankheitsfaktor nur fortzufallen oder zurückzutreten braucht, um eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zu gewährleisten. Verf. hat alle komplizierenden theoretischen Fragen beiseite gelassen und die Frage nach dem Begriff und der Einteilung der „nervösen" oder funktionellen Erkrankungen nicht aufgerollt. Er begnügt sich mit der Einteilung in belastete und nicht belastete Kranke und kommt zu dem Resultat, daß die erblich belasteten Patienten keine schlechteren Heilerfolge aufzuweisen haben, als die nicht Belasteten. Eine Erfahrung, welche zu ihrer gründlichen Erläuterung freilich eine klinische Detaillierung der „nervösen" Erkrankungen und ihres jeweiligen Verhältnisses zur Erwerbsfähigkeit erfordern würde. Bekannt ist ja, daß Schwere einer Erkrankung des Nervensystems und Arbeitsfähigkeit in keinem Verhältnis zu stehen braucht. Der schwer belastete Zyklothyme oder Zwangsneurotiker kann eben gut arbeiten, wenn sein Anfall vorüber ist oder seine Zwangsvorstellungen keinen übermäßigen Grad erreichen. Das ist nur ein Beispiel für die klinischen Fragen, die es hier zu erörtern gäbe. Wohl allzu ängstlich will der Verf. als „nicht geeignet" für die Heilstättenbehandlung organische Erkrankungen des Nervensystems von den funktionellen getrennt wissen. Praktisch läßt sich diese Scheidung natürlich sowieso nicht durchführen, aber auch theoretisch ist sie nur mit Auswahl anzuwenden. Um nur ein Beispiel anzuführen, ist sogar für die unglückselige beginnende progressive Paralyse, welche den Kranken im quälenden Wechsel von einem Krankenhaus zum andern pendeln läßt, die Aufnahme in eine Heilstätte, solange er sozial keinen Anstoß gibt, zuweilen ein Segen, und mancher Paralytiker holt sich, erkannt oder nicht erkannt, wenigstens für Monate seine Arbeitskraft in einer Heilstätte wieder, ehe er endlich ein Gegenstand psychiatrischer Behandlung wird. Es ist hier wieder der neurasthenische Symptomenkomplex, welcher den Hauptgegenstand für die Heilstättenbehandlung, zumal in der Form der Arbeitstherapie, bildet, und daß in dieser Hinsicht die Heilstätte zu bemerkenswerten Erfolgen gelangt, hat auch die Arbeit des Verf. bewiesen.

Arndt (Zehlendorf).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Max Fischer: Die einheitliche Gestaltung der Jahresberichte der Irrenanstalten. Wien 1909.

Fischer bedauert — und ganz gewiß mit Recht — die derzeitige Form und den Inhalt der meisten Anstaltsberichte und namentlich die Verschiedenheit der einzelnen Berichte, die ihre statistische Verwertung unmöglich macht. Er plaidiert für eine Einheitszählkarte, erinnert an seinen diesbezüglichen Vorschlag vom Jahre 1901, wünscht, daß die Anstaltsberichte nach Format und Disposition gleichartig werden, so daß man sich jederzeit leicht und rasch orientieren kann, was die einzelne Anstalt auf bestimmten Gebieten im Einzeljahr Neues zu sagen hat. Er verlangt, daß die Jahresberichte auf ein höheres Niveau im ärztlich-wissenschaftlichen Sinne gehoben werden. Anzustreben ist eine vollkommene Jahreszusammenstellung über die Fortschritte des Irrenwesens im Einzelnen und im Zusammenhange durch alle Länder hin. Um diesem Ziele näher zu kommen, empfiehlt er die Einsetzung einer Kommission.

Gaupp.

L. Messendaglia: Studi sull' acromegalia. Estratto dal volume: A. de Giovanni, Lavori dell' Istituto di clinica medica di Padova. Volume quarto. Milano, U. Hoepli edit. 1908/1909. 336 S. mit 29 Abbild. Padova, R. Stab. tip. P. Prosperini 1908.

Die Grundlage über die vorliegende Betrachtung über die Akromegalie bilden zwölf Fälle (aus dem venetianischen Lande), und zwar elf (zehn Männer und ein Weib) von Akromegalie und einer von Hypophysentumor ohne akromegalische Erscheinungen, eine stattliche Anzahl in Anbetracht der Tatsache, daß Akromegalie in der dortigen Gegend äußerst selten vorkommt.

Zu den einzelnen Fällen ist folgendes zu bemerken. Fall 1 ist bemerkenswert durch den Verlauf, den er nahm. Bei dem Kranken blieb, nachdem er die Klinik mit schwerer Asthenie und deutlichen Diabetes-Erscheinungen verlassen hatte, seine Akromegalie stationär, die genannten Begleiterscheinungen (Muskelschwäche und Zuckerausscheidung) verschwanden aber vollständig. Fall 2 fiel auf durch seine äußerst langsame Entwicklung, Fall 3 durch das ausschließliche Auftreten rein somatischer Erscheinungen trotz 30jährigen Bestehens, Fall 4 durch die äußerst heftigen Kopfschmerzen, die in den vorangegangenen Fällen fehlten. Fall 5 bot als auffällige Erscheinungen Pachydermie des Gesichtes und Muskelatrophien. Fall 6 und 7 waren charakterisiert durch das Vorhandensein akromegalischer Veränderungen in den Eingeweiden, im besonderen am Herzen. In dem einen davon, der zur Sektion gelangte, wurde ein Cor bovinum, enorm große Leber, Milz, Niere, Nebennieren, Uterus und Plexus coeliacus festgestellt. Alle diese Fälle werden, bis ins einzelne beobachtet (auch Untersuchung des Blutes, des Urins, der Fäces, der Pulskurven, selbst eingehende anthropometrische Beobachtung), unter Beifügung der Porträts geschildert. Die drei übrigen Fälle sind nur ungleichmäßig beobachtet worden. In dem letzten derselben verdienen die Makroglossie und die Respirationsstörungen Beachtung; die Zunge war in dem Maße vergrößert, daß sie des Nachts mittels besonderer Vorrichtung außerhalb der Mundhöhle festgehalten werden mußte.

Zu diesen Fällen typischer Akromegalie kommt noch ein Fall von Hypophysistumor bei einem neunjährigen Mädchen, das rapid progressiv abmagerte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(schließlich nur 13,300 kg bei 122,6 cm Körpergröße); akromegalische Erscheinungen waren nicht vorhanden. Bei der Sektion wurde ein Sarkom der Hypophysis festgestellt.

An diese Kasuistik schließt Verf. eine Reihe Kapitel (1—7, S. 138-292), in denen er sich mit der Ätiologie, der Pathogenese, der Diagnose und den einzelnen klinischen Erscheinungen der Akromegalie beschäftigt. Wir erhalten hier ein vorzügliches abgeschlossenes klinisches Bild dieser Krankheit. Auch das Verhalten der Hypophysis, sowie ihre Anatomie, vergleichende Zoologie und Physiologie werden eingehend behandelt. Bezüglich des letzten Punktes kommt M. zu dem Ergebnis, daß dieser Drüse keine wichtige Rolle im Organismus zufalle, so daß man in ihr einen Faktor von so großer Bedeutung nicht erblicken dürfe, daß sie das Syndrom der Akromegalie hervorzurufen imstande wäre.

Das Schlußkapitel (Kap. 8, S. 293—331) ist einer kritischen Betrachtung der Pathogenese der Akromegalie, im besonderen der hierüber bestehenden Theorien gewidmet. Verf. zeigt, daß sowohl die Marie'sche (Hypofunktion), wie auch die Tamburini'sche (Hyperfunktion der Hypophysis) Theorie keineswegs das Krankheitsbild zu erklären imstande sind. Auch Strümpels „endemische" Theorie hält er für ungenügend und erklärt schließlich, daß die Wissenschaft augenblicklich nicht imstande sei, das Krankheitsbild der Akromegalie aufzuhellen. Er denkt leider zu pessimistisch von der Lehre von der inneren Sekretion, deren Vorhandensein er überhaupt zu negieren scheint. Auf den letzten Seiten macht er den Versuch, eine eigene Erklärung abzugeben, die meines Erachtens aber wieder weiter von dem schon eingeschlagenen Wege abführen dürfte. Er glaubt, daß die Vorbedingung für das Zustandekommen der Akromegalie eine angeborene Disposition abgebe, ein „primitiver Irrtum in der Organisation und Entwicklung des Individuums", der vielleicht in einer abnormen Funktion des lymphatischen Apparates bestehen könnte. Dazu kämen noch andere pathologische Momente, die man aber noch nicht kenne (Veränderung des organischen Chemismus, Intoxikationen usw.?), infolge deren von einzelnen Teilen des Körpers, vor allem von seiten des Nervensystems (trophischen Zentren) abnorme Reize, besonders formativer Natur, ausgingen, die ihrerseits wieder schließlich zu einer hypermegalischen Dystrophie und zu einer damit zusammenhängenden funktionellen Anomalie führten. Buschan (Stettin).

Bericht über die im Königreich Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische für das Jahr 1907. Herausgegeben von dem K. Medizinalkollegium. Stuttgart, Kohlhammer, 1909.

Die Zahl der Kranken in den Staatsanstalten ist von 2465 auf 2523 gestiegen, die der Staatspfleglinge in den Privatanstalten von 707 auf 737 (Gesamtzahl 88); 38 Kranke mußten wegen Raummangels abgewiesen werden; eine weitgehende Vermehrung der Anstaltsplätze wird als dringend nötig bezeichnet. In der Anstalt Weinsberg wurde die Hasenmühle zu einer Frauenkolonie eingerichtet. Das Oberamt Urach wurde dem Aufnahmebezirk der Anstalt Zwiefalten zugeteilt (vorher Weißenau). Für das Pflegepersonal wurden 45000 M. mehr ausgegeben; der Anfangslohn der Wärter beträgt nun 400 M. (gegen 350), steigend in jährlichen Vorrückungen in neun Jahren bis 750 M. (gegen 600); die Wärterinnen beginnen mit 280 M. (250) und steigen bis 550 M. (425);

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

außerdem erhält jede Pflegeperson nach fünf Dienstjahren 200, nach zehn Dienstjahren 300 M. Belohnung. Die größten Schwierigkeiten verursacht der Mangel an Assistenzärzten, unter welchem sämtliche Anstalten zu leiden haben. Da heißt es z. B.: „Mit dem Berichtsjahr hat hier eine Ärztenot begonnen, wie sie seither nie bekannt gewesen ist. Ohne regelmäßige Beihilfe hatten der Direktor und die beiden Oberärzte fast das ganze Jahr hindurch den Anstaltsdienst zu besorgen" (Winnental). Oder: „Die allgemeine Ärztenot hat sich auch hier geltend gemacht. . . . Infolgedessen mußte die ganze Arbeit von dem Direktor und den beiden Oberärzten getan werden" (Schussenried). Probst (Eglfing).

Eighteenth Annual Report of the Rochester State Hospital (for the year ending September 30, 1908). Albany, Lyon Co., 1909.

Aus dem 18. Jahresbericht der Staatsirrenanstalt Rochester im Saate New York (30. IX. 1907 bis 30. IX. 1908) geht hervor, daß die Zahl der Kranken von 1324 auf 1345 gestiegen ist; die Genesungsziffer betrug 24,4 %; bei Ausschluß von Paralysen, senilen Erkrankungen, Epileptikern, Imbezillen und organischen Hirnkrankheiten steigt sie auf 34,8 %; 17 % der Aufnahmen (Gesamtzahl 328) waren Fälle von versuchtem Selbstmord; nur 9 % waren alkoholische Geistesstörungen; auf Dementia praecox und ihr verwandte Störungen trafen 22 %. Die 1903 errichtete Seefarm, ein Sommerlager, wo die Kranken den ganzen Tag im Freien leben (out door life), wird in ihren Erfolgen sehr gerühmt; der Einfluß dieses Lebens sei sogar auf alte Fälle ein sehr großer gewesen; über die auffallend rasche Genesung einiger Fälle von melancholischer Verstimmung wird ausführlich berichtet; die Kranken beschäftigen sich dort mit Fischen, Rudern, Schwimmen, machen Ausflüge; jeder Anschein von Zwang ist vermieden; es sind keine Fälle von Entweichungen oder Selbstmord aus dieser Seefarm zu verzeichnen. Bemerkenswert ist, daß für entlassene Kranke ein „after-care commitee" besteht, das sich der entlassenen Kranken annimmt; einige Entlassene wurden längere Zeit in der Anstalt beschäftigt, einer stand draußen in Arbeit, kam aber nachts zum Schlafen in die Anstalt. Für weibliche Kranke wird wöchentlich zweimal eine Klinik durch einen Frauenarzt abgehalten, wobei die Wärterinnen auch Spezialunterricht genießen. Regelmäßige Visiten eines Augenarztes und eines Zahnarztes finden statt. An den zweimal wöchentlich stattfindenden ärztlichen Konferenzen können auch Ärzte teilnehmen, die nicht an der Anstalt angestellt sind. Aus der Pflegerschule der Anstalt sind 57 geprüfte Pflegepersonen im Anstaltsdienst angestellt. Die Verpflegskosten pro Kranken sollen künftig auf 200 Dollar jährlich bemessen werden.

Probst (Eglfing).

Eighth Annual Report of the New York State Hospital for the Care of Crippled and Deformed Children (for the year ending September 30, 1908). Albany, Lyon Co., 1909.

Das New-Yorker Staatshospital zur Pflege von armen verkrüppelten Kindern bringt seinen achten Jahresbericht (30. IX. 1907 bis 30. IX. 1908). Die Krankenzahl ist von 46 auf 69 gestiegen; im Berichtsjahr sind 20 Fälle entlassen worden, davon acht geheilt, zwölf gebessert; der durchschnittliche Aufenthalt eines Patienten beträgt $1\frac{1}{2}$ Jahre. Todesfälle sind in den acht Jahren des Bestehens der Anstalt nicht vorgekommen. Probst (Eglfing).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Th. Ziehen: Die Erkennung des Schwachsinns im Kindesalter. Berlin, S. Karger, 1909.

Für Eltern und Lehrer klar und verständlich geschrieben, auch für den Arzt lesenswert, wenngleich ich des Verf. Bemerkungen über den moralischen Schwachsinn (— einen Begriff, den Z. verwirft —) nicht gutheißen kann. Es entspricht z. B. nicht der Erfahrung, daß moralisch Schwachsinnige „dieselbe Gefühlsroheit auch auf ästhetischem Gebiete zeigen", wie Ziehen behauptet.

Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

Psychiatrie und Neurosen.

F. Raymond und P. Sérieux: La responsabilité et la condition sociale des épileptiques (Zurechnungsfähigkeit und soziale Stellung der Epileptiker).

(Epilepsia, Bd. I, Heft 1, 1909.)

Die Zurechnungsfähigkeit der Epileptiker ist in den mit schweren Bewußtseinsstörungen einhergehenden Anfällen gänzlich aufgehoben. Die interparoxysmalen Zeiten sind in dieser Hinsicht schwer zu werten. Beginnt die Krankheit im Kindesalter, so setzt sie intelektuelle Entwicklungshemmungen; der Beginn in der Pubertät führt zu Charakter- und Persönlichkeitsveränderungen: verringertes Widerstandsvermögen erregenden Momenten gegenüber, daher die brutalen impulsiven Akte. Bei derartig konstitutionell abnormen Individuen ist die Zurechnungsfähigkeit verringert; sie gehören weder in das Gefängnis noch in die Irrenanstalt, sondern in eigene Asyle. Die Epilepsie ist auch für die Frage der Eheschließung von Bedeutung. Der Epileptiker sollte nicht heiraten. Abgesehen von dem sozialen Standpunkte ist noch zu berücksichtigen, daß der Koitus den Anfall auslösen kann. Anderseits ist die Herabsetzung der Potenz durch Bromsalze zu bedenken. Epilepsie eines der Gatten sollte eine Ehe annullierbar machen.

Allers (München).

E. Redlich: Bemerkungen zur Alkohol-Epilepsie.

(Epilepsia, Bd. I, Heft 1, 1909.)

Der Alkohol-Epilepsie gegenüber nimmt eine Anzahl von Autoren an, daß die Erkrankung durch den chronischen Alkoholismus bedingt sei, andere, daß dem Alkohol eine nur auslösende Wirkung bei bestehender Disposition oder latenter Epilepsie zukomme. (Magnan sieht die Ursache in den in alkoholischen Getränken enthaltenen anderen Stoffen, Absinth u. a.) Tatsächlich gibt es Fälle, bei welchen eine Disposition zur Epilepsie besteht und durch den Alkoholmißbrauch die Krankheit manifest wird; die Disposition kann hereditär sein oder durch Schädeltraumen erworben werden. Doch gibt es, wie Verf. zeigt, Fälle, in denen schwere Traumen und chronischer Alkoholismus nicht zur Epilepsie führen. Für eine große Anzahl von Fällen muß aber der Alkohol als epileptogene Schädlichkeit angesprochen werden. Die Autoren unterscheiden eine A.-E. i. e. S., bei welcher der Anfall nur im Anschluß an Alkoholexzesse auftritt, und eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

habituelle oder konstitutionelle Epilepsie der Trinker, bei welcher der Alkohol chronische zur Epilepsie führende Hirnschädigungen gesetzt hat. Verf. teilt eine Reihe von Fällen der ersten Gruppe mit. Auch hier können Schädeltraumen die unmittelbar auslösende Ursache des Anfalles bilden. Man kann sehr oft sehen, daß der Epilepsieanfall erst im Stadium der Desalkoholisation oder im schon nüchternen Stadium einsetzt. Häufig kombiniert sich das Delirium tremens mit Epilepsieanfällen, doch sind die zeitlichen Beziehungen beider Erscheinungen großen Schwankungen unterworfen, so daß der Anfall schwerlich als auslösende Ursache des Delirs angesehen werden kann. Vielmehr ist anzunehmen, daß Delir und Alkoholepilepsie einander pathogenetisch und ätiologisch nahestehen und unter bestimmten Bedingungen zusammen auftreten können. Weder das Delir noch der Anfall können so wie Tremor und Erbrechen als Abstinenzerscheinungen aufgefaßt werden; man hat verschiedene Hypothesen aufgestellt, um das Zustandekommen dieser Erscheinungen zu erklären: Säurebildung (Drouet), Beeinflussung des Stoffwechsels (Neumann), alkohologene toxische Substanz (v. Wagner), abnorme Durchlässigkeit lipoider Membranen (Meyer) u. a. m. Verf. wollte zeigen, „daß der sogenannte alkohol-epileptische Anfall nicht selten auf eine mehr indirekte Wirkung des Alkohols zurückzuführen sei." Allers (München).

Köster: Die Behandlung der Chorea. Fortbildungsvortrag.
(Deutsche medizin. Wochenschr., 1909, Nr. 1.)

Nach ätiologischer Trennung der verschiedenen Choreaformen bespricht der Verf. ausführlicher die Behandlung der Sydenham'schen Chorea minor. Er zieht neben sedativen Mitteln in erster Linie Arsenik in Form natürlicher Wässer oder Fowler'scher Lösung heran, warnt aber vor unvorsichtiger Anwendung des nicht unbedenklichen Atoxyl. Außerdem empfiehlt er Gymnastik, Massage, Hydrotherapie, Bettruhe und Hebung des Allgemeinzustandes.

Müller (Dösen).

Bardachzi (Prag): Polyzythämie mit Chorea.
(Prager mediz. Wochenschrift 1909, Nr. 17.)

B. konnte auf der Pribram'schen Klinik zwei Fälle des seltenen, 1892 von Vaquez zuerst beschriebenen Krankheitsbildes der Polyzythämie beobachten, deren wesentlichster Untersuchungsbefund eben starke Vermehrung der roten Blutkörperchen ist. Bei dem einen Fall, einer 59jährigen Frau, konnten zeitweilig 14 Millionen Erythrozyten im cmm gezählt werden. Bei ihr bestanden neben starken subjektiven Beschwerden (Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schwindel) die Zeichen hochgradiger Chorea. Bei dem anderen, einem Arbeiter von 20 Jahren, der eine weit geringere Vermehrung (bis $9\,^1/_2$ Millionen) zeigte, standen die oben geschilderten subjektiven Störungen verbunden mit Schlaflosigkeit im Vordergrunde. Für die Entstehung der Chorea werden Thrombosen und Hyperämie im Gehirn verantwortlich gemacht. Die Therapie (Jod, Brom, Migränin, Galvanisation, Venäsektionen) war wenig erfolgreich.

Liebetrau (Hagen i. W.).

L. Schnyder: Considérations sur la nature de l'hystérie.
(Revue médicale de la Suisse Romande, 20, IV, 1909.)

Die Hysterie, eine Psychoneurose, entwickelt sich auf dem Boden der angeborenen Entartung. Immer ist eine „débilité mentale primitive" vorhanden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Un état hystérique," sagt der Verf., „suppose toujours une altération de la personnalité, amenant à sa suite des manifestations nerveuses qui paraissent échapper aux lois de causalité ordinaires." Wesentlich sind: „manque d'intelligence morale, de jugement rationnel, adaptation défectueuse aux réalités de la vie, modification de la personnalité." Erläuterung durch einige Beispiele mit durchsichtiger psychogener Herkunft der Symptome. S. betont die nahe Verwandtschaft zwischen Hysterie und Psychasthenie. Der geistige Infantilismus der Frau prädisponiert sie für hysterische Zustände. Das Überwiegen des Phantasielebens über das nüchterne, dem Realen zugewandte Denken begünstigt ihr Auftreten. Eine abnorme Reaktionsweise des Individuums auf die Anforderungen des Lebens bildet den Kern dessen, was man Hysterie nennt. Wesentlich ist: „un rétrécissement ou une dissociation du champ de conscience."

Gaupp.

Vergiftungen.

Boas: Wesen und Ursachen des kindlichen Alkoholgenusses.
(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns 1908, 4.)

Es ist verdienstlich, immer von neuem durch Tatsachen zu belegen, welche Gefahren und Schädigungen dem Kinde durch den Alkohol direkt und indirekt drohen. Boas zeigt an Beispielen, daß in der Trunkenheit gezeugte Kinder oft minderwertig sind und daß die Kinder von Trinkern in erschreckend großer Anzahl sittlichen Verfall darbieten. Er warnt vor dem Alkoholgenuß der Mütter während der Schwangerschaft und der Stillperiode und geißelt die Sitte, daß kleinen und größeren Kindern unter den verschiedensten Vorwänden alkoholische Getränke gegeben werden. Müller (Dösen).

Weber: Die Behandlung der Trunksucht. Klinischer Vortrag.
(Deutsche medizin. Wochenschr. 1909, Nr. 7.)

Eine für den praktischen Arzt bestimmte Darlegung der Grundzüge von der Prophylaxe und Behandlung der Trunksucht. Weber fordert die Mitwirkung auch der nichtärztlichen Kreise, Fernhaltung des Alkohols von Jugendlichen und Degenerierten und Vorsicht bei seiner therapeutischen Verwendung, bespricht dann kurz die Aufnahme der Trinker in Anstalten, die Grundsätze der Anstaltsbehandlung, die Durchführung der Abstinenz des geheilten Alkoholikers und die sozialen Bestrebungen, welche der Trunksucht entgegenwirken sollen. Die Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung wird besonders hervorgehoben.

Müller (Dösen).

Die Behandlung der Alkoholkranken außerhalb der Irrenanstalten. Referat auf der Jahresversammlung des Vereins abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebiets, Frankfurt a. M., den 3. Okt. 1908. Erstattet von Dr. Lilienstein, Nervenarzt in Bad Nauheim.

Nach einer kurzen Schilderung der Wirkung des Alkoholmißbrauchs auf die verschiedenen Organe geht L. zu dessen Bekämpfung über. Mit Recht rückt er in deren Vordergrund die Aufklärung. Unter anderem sollen neue statistische Erhebungen über die Alkoholkranken diesem Zwecke dienen. L. betont ferner den großen Wert einer abstinenten Umgebung, unterschätzt aber gerade

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deshalb — wenigstens noch für die heutigen Verhältnisse — den Wert der Anstaltsbehandlung, wenngleich er ihre Vorzüge anerkennt und sie für eine Reihe von psychopathischen Trinkern („Dipsomanen") fordert. Die speziellen therapeutischen Vorschläge enthalten nichts Neues.

Schnizer (Tübingen).

Bing (Basel): Über alkoholistische Muskelveränderungen.

(Mediz. Klinik 1909, Nr. 17.)

Verf. weist auf die Notwendigkeit hin, den primären, nicht vom peripheren Nerven- oder dem Zentralorgan abhängigen Muskelerkrankungen mehr Aufmerksamkeit als bisher zu schenken. Klinisch tritt anfangs starke Schmerzhaftigkeit spontan und auf Druck hervor. Später geht der Muskel nach vorübergehender Hypertrophie in Atrophie mit herabgesetzter elektrischer Erregbarkeit über. B. behandelt nun in extenso einen intra vitam und post mortem genau beobachteten Fall von Myositis alcoholica. Neben einer klinisch und anatomisch erwiesenen Neuritis multiplex fanden sich davon unabhängige Muskelveränderungen im Bereiche der Oberextremitäten, ganz besonders an den beiden Bizepsmuskeln. Sie zeigten sich hochgradig verkürzt und eigentümlich trübgelblich verfärbt. Die mikroskopische Untersuchung stellte neben geringen parenchymatösen Veränderungen hochgradige interstitielle Entzündungserscheinungen in verschiedenen Stadien von den frischen Infiltraten bis zur vollkommenen Zirrhose fest. Als ätiologische Grundlage muß die direkte toxische Wirkung des Alkohols (wie z. B. für die Veränderungen der Leber auch) angenommen werden.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Louise G. Roubinovitch: De l'emploi des courants électriques pour le rappel de la vie, dans les cas de mort apparente causée par le chloroforme ou l'électrocution (Verwendung von elektrischen Strömen zur Wiedererweckung von infolge Chloroform oder Elektrokution Scheintoter).

(Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale, Bd. 1, H. 4, 1908.)

Versuche an chloroformierten Hunden zeigen, daß es gelingt, beim Eintritt der Asphyxie, nach Sistierung der Respiration und des Herzschlages mittels elektrischer Ströme, Atmung und Herztätigkeit wieder anzuregen. Man bedient sich verschiedener Ströme, beginnt mit schwächeren, um im Bedarf zu höher gespannten aufzusteigen. Für die Chirurgie empfiehlt sich diese Methode besonders in solchen Fällen, in denen nach starken Respirationen plötzlich das Herz versagt. Die Elektroden werden am Rücken angebracht, so daß der Kopf außerhalb des Stromkreises bleibt.

Allers (München).

Friedländer (Hohe Mark i. T.): Über die verstärkende Wirkung des Morphiums durch Skopolamin, nebst einem Vorschlag zur Bekämpfung des Morphinismus.

(Mediz. Klinik 1909, Nr. 15.)

Bei einer Patientin mit außerordentlich schmerzhaftem Rückenmarksleiden (mit Reizung der sensiblen Wurzeln), die unbedingt Morphium erhalten mußte, wurde nach längerer Verabreichung, die schließlich zum Morphinismus hätte führen müssen, mit bestem Erfolg Morphium mit Skopolamin (zunächst 0,0001) kombiniert und zwar so, daß immer mehr mit Morphium gespart und die Medi-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kation lange fortgesetzt werden konnte. Für ähnliche Fälle empfiehlt deshalb Fr. die Anwendung von Skopolamin-Morphium, die natürlich nur in einem Krankenhause unter ständiger ärztlicher Kontrolle stattfinden darf. Er vermutet, daß es auch durch Zusatz von Skopolamin gelingen würde, Morphinismus zu heilen. Liebetrau (Hagen i. W.).

A. van Gehuchten und A. Tits: Un cas d'Amblyopie Atoxylique. (Le Névraxe X, 1909.)

Mitteilung eines Falles, der in den klinischen Erscheinungen den bisher beschriebenen gleicht. Zusammenstellung der bisherigen Literatur. Anatomische Untersuchung war nicht möglich. Schröder (Breslau).

V. Vermischtes.

Das kleine Lehrbuch von Alexander Pilcz, dem Wiener Kliniker, das im Jahre 1904 erstmals erschienen war (Lehrbuch der speziellen Psychiatrie für Studierende und Ärzte, Wien, Franz Deuticke), liegt nunmehr bereits in zweiter Auflage vor. Die Neuausgabe ist erheblich vergrößert, enthält zwei neue Kapitel (Pseudologia phantastica, die konstitutionelle Neurasthenie) und ein sorgfältiges Inhaltsverzeichnis und weist auch sonst an manchen Stellen Verbesserungen auf. Es gibt im wesentlichen die Anschauungen der Wiener Schule von Wagner's wieder. So weicht namentlich das Kapitel über die Amentia von der Auffassung anderer Autoren ab. Vgl. hierüber die Besprechung der ersten Auflage durch Bleuler, dieses Zentralblatt 1904, Seite 482—484. Gaupp.

Der 28. Jahresbericht des Irrenhilfsvereins (Basel 1909) enthält u. a. auch einen kleinen Vortrag von G. Wolff über die „Benennungen im Irrenwesen", in dem sich der Vortr. gegen die Bezeichnung „Pfleger" und „Oberpfleger" statt „Wärter" und „Oberwärter" ausspricht, dagegen dafür eintritt, daß man die Irrenanstalten künftig Nervenheilanstalten nenne, um die Scheu vor diesen Krankenhäusern zu beseitigen und das freiwillige Eintreten von Kranken zu erleichtern. (Im Verlauf seiner Erörterungen teilt der Vortr. auch mit, daß viele deutsche Behörden, sogar Erste Staatsanwälte, nicht wissen, daß Basel in der Schweiz liege, weil sie ihre Akten usw. als unfrankierte „Dienstsache" senden. Zur Ehrenrettung unserer Staatsanwälte möchte ich doch bemerken, daß das Expedieren von Aktenpacketen vermutlich nicht von den Herren selbst besorgt wird. Das Monitum hat sich also an eine andere Adresse zu richten.) Gaupp.

Die nächste Versammlung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen findet am 24. Oktober 1909 in Jena statt. Geschäftsführer ist Geheimrat Binswanger-Jena.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Deutsche neurologische Universitätsschriften von 1907/1908.

Zusammengestellt von **Dr. Fritz Loeb**, München.

Berlin.

Eysen, Joh. Über die Behandlung des traumatischen pulsierenden Exophthalmus. 1908.

Habermann, J. V. Zur Differentialdiagnose der Poliomyelitis anterior acuta (Myatonia congenita [Oppenheim] und Polyneuritis). 1908.

Heilig, G. Beitrag zur Ätiologie der Arbeiterneurosen. 1908.

Kron, Nikolai. Die Basedow'sche Krankheit und das Geschlechtsleben des Weibes. 1907.

Markowitsch, Sch. Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen und Psychosen bei Chorea minor. 1907.

Pätsch, Bernh. Plastische Deckung von Schädeldefekten. 1908.

Rochlin, S. Über die Auffassung der Herzneurosen früher und heute. 1908.

Rosenberg, M. Differentielle Diagnose der hysterischen Pseudoneuralgien mit besonderer Berücksichtigung der Glossodynie. 1908.

Schmidt, Walter. Ätiologische Betrachtungen bei nervösen Erkrankungen von Militäranwärtern im späteren Zivilberufe. 1908.

Schwalbe, Walter. Eine eigentümliche tonische Krampfform mit hysterischen Symptomen. 1908.

Slatow, Georg von. Diffuses Gliom der Medulla oblongata im Kindesalter. 1908.

Steinmeyer, Otto. Herpes zoster und Syphilis. 1908.

Thon, Walter. Über Therapie der Ischias mit besonderer Berücksichtigung der Infiltrationsmethode. 1908.

Bonn.

Fabricius, W. Ein Beitrag zur klinischen Beurteilung des krankhaften Wandertriebes. 1908.

Hedding, Ferd. Beiträge zur Kenntnis des induzierten Irreseins. 1908.

Krell, Ernst. Zur Frage der Heilung der Dementia paralytica. 1908.

Marx, Hugo. Ein Fall von Malum suboccipitale mit Brown-Séquard'schem Symptomenkomplex. 1908.

Olbertz, Paul. Über die klinische Stellung des Eifersuchtswahns. 1908.

Ramsauer, Walter. Zur Technik der Nervennaht. 1907.

Breslau.

Alexander, Johannes. Die Methoden zur Messung der geistigen Ermüdbarkeit bei Schulkindern. 1908.

Kramer, Franz. Elektrische Sensibilitätsuntersuchungen mittels Kondensatorentladung. 1907.

Mainer, Otto. Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund mit besonderer Berücksichtigung der von den antiken Kulturvölkern und den beiden christlichen Kirchen des Abendlandes vertretenen Anschauungen über die Ehescheidung, sowie den Voraussetzungen des § 1569 B.G.B. 1908.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Minkowski, M. Über zerebrale Blasenstörungen. 1907.
Oba, S. Unverbesserliche Verbrecher und ihre Behandlung. 1908.
Pietsch, E. G. Unter welchem Gesichtspunkt muß sich der vorsätzlich handelnde Täter die von ihm begangene Tat vorgestellt haben? 1908.
Stenglein, M. Ein Beitrag zur Nierendekapsulation bei Eklampsie. 1908.
Stern, Jakob. Über ein bisher unbekanntes Hornhautphänomen bei Trigeminusanästhesie. 1908.
Vogel, Willy. Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychosen und zur Prognose der Katatonie. 1908.
Zimmer, Paul. Sechs Fälle von traumatischer Erkrankung des untersten Rückenmarkabschnittes. 1907.

Erlangen.

Holzinger, Josef. Über Assoziationsversuche bei Epileptikern. 1908.
Lackmann, Wilh. Über manisch-depressives Irresein im Kindesalter. 1907.
Lampe, Martin. Das Problem der Willensfreiheit bei Lipps, Eucken, Windelband, v. Hartmann und Wundt. 1907.
Schenk, Reinhold. Die Verstandes- und Urteilsbildung in ihrer Bedeutung für die Erziehung bei Nicole, Malebranche, Claude Fleury und Locke. 1908.
Weyland, Ludwig. Über interparoxysmale, transitorische Symptome der Epileptiker. 1908.

Freiburg i. Br.

Baden, Siegfr. Welche ätiologische Bedeutung haben Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett für die nervösen Erkrankungen der Frauen? 1908.
Cohn, Ernst. Zur Frage der Dementia paranoides. 1907.
Deßler, Fritz. Zur Ätiologie der Todesfälle und der schweren Zufälle bei der Lumbalanästhesie. 1907.
Gruber, Friedrich. Beitrag zur Kasuistik der sexuellen Perversionen. 1907.
Levy, Robert. Über die familiäre spastische Spinalparalyse. 1908.
Lissiansky, Eva. Über 15 Fälle der zerebralen Kinderlähmung. 1908.
Löwenhaupt, H. K. Über postepileptische Sprachstörungen. 1907.
Lua, Martin. Zur Frage der symptomatischen Katatonie. 1907.
Pfunder, Alfred. Über Fetischismus mit zwei forensischen Fällen. 1908.
Rafilsohn, R. Ätiologie, Prognose und Therapie der Erb'schen Lähmung. 1908.
Schabad, Cäcilie. Ein Beitrag zur Kenntnis der mongoloiden Idiotie. 1908.
Schaubinger, Carl. Über „Formes frustes" der Paralysis agitans. 1907.
Schneider, Fritz. Ein Fall von außergewöhnlicher Größe eines kindlichen Wasserkopfes. 1908.
Sierig, Ernst. Zur Lumbalanästhesie. 1908.

Gießen.

Dochnahl, Josef. Über traumatische Entstehung von Nervenkrankheiten. 1907.
Klein, Julius. Über Pseudoeklampsie. 1908.
Roschig, Georg. Untersuchungen über die individuellen Verschiedenheiten der Großhirnfurchen beim Rinde. 1908.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Göttingen.

Redepenning, R. Der geistige Besitzstand von sogenannten Dementen. 1908.
Rinne, Ernst. Ein Beitrag zur Geschichte des Jugendirreseins. 1907.
Sonnenberg, Paul. Zwei Fälle Raynaud'scher Krankheit. 1908.

Greifswald.

Zimmermann, Reinhold. Ein Fall von eitriger Meningitis (epidemischer Genickstarre), geheilt durch multiple Lumbalpunktionen. 1907.

Halle.

Kauffmann, Max. Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei der progressiven Paralyse. 1908.

Heidelberg.

Bender, Otto. Die Schleimhautnerven des Fazialis, Glossopharyngeus und Vagus. 1907.
Davidson, Arnold. Über die Nervenpfropfung im Gebiete des Nervus facialis. 1907.
Ranke, Otto. Beiträge zur Lehre von der Meningitis tuberculosa. 1908.
Ranke, Otto. Über den heutigen Stand der Histopathologie der Hirnrinde. 1908.
Tölken, Ph. Statistischer Beitrag zur Ätiologie der Chorea minor. 1908.

Jena.

Kessel, Otmar. Zur Kasuistik der hysterischen Dämmerzustände. 1907.
Lehmann, Friedr. Ein unter dem Bilde der amyotrophischen Lateralsklerose verlaufener Fall von Syringomyelie. 1908.
Linke, Paul. Die stroboskopischen Erscheinungen als Täuschungen des Identitätsbewußtseins und das Problem des Sehens von Bewegungen. 1907.
Mönch, Kurt. Zur Poliomyelitis anterior der Erwachsenen. 1908.
Rieth, Adolf. Irresein aus Zwangsvorstellungen. 1908.

Kiel.

Albert, Waldemar. Ein Fall von Katatonie im Kindesalter. 1908.
Buch, Lothar. Ein Beitrag zur Lehre der senilen Geistesstörungen und ihrer forensischen Bedeutung. 1908.
Felten, Rich. Über Dementia paralytica und Diabetes mellitus. 1908.
Goos, Hermann. Über die nichtparalytischen Geistesstörungen bei Tabes dorsalis. 1908.
Haltermann, Wilh. Zur Lehre von den akuten Haftpsychosen. 1908.
Jäger, Christian. Ein Beitrag zur Lehre der Chorea chronica progressiva (Huntington'sche Chorea). 1908.
Lippmann, Artur. Zur Symptomatologie und Pathologie der Balkentumoren. 1908.
Meyer, Ernst. Über einen Fall von Stirnhirnabszeß. 1908.
Stövesandt, Karl. Erfahrungen bei der bakteriologischen Untersuchung meningitisverdächtigen Materials. 1908.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Struve, Hch. Zur Kasuistik der Chorea chronica progressiva (Huntington'sche, degenerative Chorea). 1908.
Tschentscher, Curt. Ein Fall von rechtsseitiger, chronischer, progressiver Ophthalmoplegie bei Taboparalyse. 1908.
Valentin, Erwin. Die Fälle von Eklampsie an der kgl. Frauenklinik zu Kiel (vom Jahre 1900—1906). 1908.
Wassermeyer. Delirium tremens. 1908.

Königsberg.

Gillwald, Max. Ein Beitrag zur Kasuistik der Typhuspsychosen. 1907.
Pingel, Hans. Ein Symptomenkomplex von zwei Formen der Erinnerungsfälschungen und von Gedankenlautwerden. 1908.
Powels, Artur. Chorea und Geistesstörung. 1908.

Leipzig.

Anhalt, Georg. Über traumatische Riechlähmungen. 1908.
Dornheim, Friedr. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tay-Sachs'schen familiären amaurotischen Idiotie. 1908.
Drozynski, Leon. Beiträge zur Kenntnis der Meningomyelitis chronica syphilitica. 1908.
Fromm, Friedr. Ein Beitrag zur Pathologie und Diagnostik der Gehirnzystikerken. 1907.
Glaser, Curt. Über 60 Fälle von Lumbalanästhesie am Stadtkrankenhaus zu Görlitz. 1907.
Göbel, J. B. Zur Ätiologie und Kasuistik der Tabes infantilis. 1907.
Hafemann, Max. Erlischt das Leitungsvermögen motorischer und sensibler Froschnerven bei derselben Temperaturerhöhung? 1908.
Hartwich, Werner. Ein Fall von Akromegalie. 1907.
Hauer, Georg. Beitrag zur Frage der Heilbarkeit von Pneumokokkenmeningitis. 1908.
Heimann, Fritz. Über metastatische Karzinome der Meningen. 1908.
Henoch. Ein Fall von Diabetes mellitus nach Meningitis. 1908.
Ickert, Franz. Zur Kasuistik des Hydrocephalus congenitus. 1907.
Jenisch, Reinhold. Zur forensischen Beurteilung des Alkoholismus. 1908.
Kantorowicz, H. H. Zur Prognose der Schädelbasisbrüche. 1908.
König, Hermann. Zur Kenntnis der Augensymptome bei multipler Sklerose. 1908.
Kühn, Hans. Über Resultate der Operationen spinaler und zerebraler Kinderlähmungen. 1908.
Lauterbach, Herm. Über die Luxation des Nervus ulnaris. 1907.
Liebe, K. G. Über einen Fall von Little'scher Starre mit kortikaler Amblyopie. 1907.
Menderer, Otto. Raumtäuschungen des Tastsinnes bei anormaler Lage der tastenden Organe. 1908.
Pache, Marie. Über die Wirkungen elektrischer Entladungen auf das Nervensystem mit besonderer Berücksichtigung der Unfallgesetzgebung. 1908.
Quensel, Friedrich. Beiträge zur Kenntnis der Großhirnfaserung. (Degenera-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tionspathologische Untersuchungen bei Herderkrankungen im sensorischen Sprachgebiet.)

Rieger, Karl. Beitrag zur Therapie der Kompressionsmyelitis infolge von Spondylitis tuberculosa. 1908.

Roller, Paul. Ein Fall von Dementia paralytica mit „Säuglingsreflex" (Stransky). 1908.

Schäfer, Willy. Beitrag zur Lehre der multiplen kongenitalen Kontrakturen. 1908.

Senkpiel, Hugo. Über einen Fall von „jugendlicher Paralyse" mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie. 1908.

Simonstein, Hugo. Über Höhlenbildung im Rückenmark nebst Beifügung neuer Gesichtspunkte in der Pathogenese und Mitteilung zweier atypischer Fälle. 1908.

Stümpke, Gust. Arteriitis cerebralis im Frühstadium der Syphilis. 1908.

Tworz, Emanuel. Elektrische Unfallskrankheiten in der Neurologie. 1908.

Wallis, Hermann. Zur Kenntnis der traumatischen Ischiadikuslähmung. 1908.

Weste, Paul. Über traumatische Pupillenstörungen, insbesondere über einseitige Lichtstarre traumatischen Ursprungs. 1908.

Marburg.

Dose, Friedrich. Über den Lungenvagus bei Hunden und Katzen. 1908.

Henze, Hermann. Ein Beitrag zu der Lehre von der Hyperemesis gravidarum. 1908.

Rockstroh, Joh. Über Rückenmarksanalgesie. 1907.

Winter, Friedrich. Die Wochenbettspsychosen mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Amentia auf Grund der seit dem Jahre 1899 an Aplerbecker Material gemachten Beobachtungen. 1908.

Zybell, Fritz. Das Verhalten der Pupillen bei der Syphilis, der multiplen Sklerose und der Syringomyelie. 1908.

München.

Blattner, Eugen. Über ein neues Hautphänomen bei Säuglingen. 1907.

Brühl, Nikolaus. Beiträge zur Klinik der unter dem Bilde des Landry'schen Symptomenkomplexes verlaufenden Erkrankungen nebst Beifügung eines Falles. 1907.

Calvary, Martin. Über Generalisation der tuberkulösen Infektion durch Einbruch in die Sinusräume. 1908.

Erdmann, Hans. Beitrag zur Lues cerebri nebst einem Fall von Encephalitis gummosa in Form eines Solitärgummas im Pons. 1908.

Faber, Franz. Über eine durch amniotische Verwachsung entstandene Enzephalozele. 1907.

Fuchida, Sh. Die Therapie der Eklampsie nach den Erfahrungen in den letzten drei Jahren an der Frauenklinik zu München. 1908.

Gebsattel, Emil von. Bemerkungen zur Psychologie der Gefühlsirradiation. 1906.

Girgensohn, Reinhold. Zur Kasuistik der Hämatomyelie des untersten Rückenmarksabschnittes. 1908.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Görke, Otto. Beitrag zur funktionellen Gestaltung des Schädels bei anthropomorphen Affen und Menschen. 1902.
Grimm, Karl. Über Gliosarkome des Gehirns bei Patienten unter 30 Jahren. 1908.
Hutt, Helmut. Rechenversuche bei Manisch-Depressiven. 1907.
Ilzhöfer, Herm. Über tuberkulöse Basilarmeningitis. 1908.
Ishihara, T. Zur Ätiologie der Tabes dorsalis. 1908.
Kandler, Rich. Ein Fall von Gehirnabszeß, entstanden durch Fortleitung eines Tonsillarabszesses. 1908.
Kosinsky, B. Eklampsiefälle der Frauenklinik München von 1884—1907. 1908.
Kramer, Oscar. Zur Untersuchung der Merkfähigkeit Gesunder. 1908.
Lautz, Aug. Beitrag zur Kasuistik der Tumoren des Kleinhirnbrückenwinkels. 1907.
Lindemuth, Arnold. Beitrag zur Entstehung der Poliomyelitis anterior acuta nach Trauma. 1908.
Neussell, Ludw. Das Verhalten der Pupillen beim Alkoholismus. 1908.
Preger, Willy. Über einen Fall von „Ecchondrosis physalifora spheno-occipitalis", s. „Chordom des Türkensattels". 1908.
Roth, Viktor. Über einen Fall von traumatischem Fazialisklonus, späterem Auftreten der Fazialisparalyse, deren Korrektur und forense Bedeutung. 1908.
Schlippe, Konrad. Ein Fall von Akromegalie. 1908.

Rostock.

Appeldorn. Beitrag zur Kasuistik der Geistesstörungen im Greisenalter. 1908.
Burmeister, Ernst. Über Hirnmilzbrand. 1907.
Grieben, Th. Die Sehnervenveränderungen durch Turmschädel. 1908.
Homuth, Otto. Beitrag zur Geschichte und Statistik der Sydenham'schen Chorea. 1907.
Tepling, Matthias. Über Hysterie im Kindesalter. 1907.
Walter, Friedr. K. Über Regeneration peripherer Nerven. 1908.
Wolf, Otto. Fälle von Atrophie des Sehnerven mit spontanem Abfluß von Zerebrospinalflüssigkeit aus der Nase. 1908.

Straßburg.

Cohn, Louis. Encephalitis haemorrhagica acuta. 1908.
Frank, Curt. Über die Ausbreitung der Erkrankung des Zentralnervensystems bei der Korsakow'schen Psychose. 1908.
Wonner, Leo. Beitrag zur Kenntnis der nervösen Erkrankungen der Harnwege. 1907.
Zöllner, Friedr. Ein Fall von Tumor der Schädelbasis, ausgehend von der Hypophyse. 1908.

Tübingen.

Hedinger, Max. Über Myasthenie bei sexualem Infantilismus nebst Untersuchungen über die myasthenische Reaktion. 1907.
Hoffmann, Harald. Klinische Beiträge zur Hemianopsie. 1908.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Horn, Gustav. Über Dunkeladaption bei Augenhintergrundserkrankungen. 1908.
Mayer, Rich. Beiträge zur Kenntnis der Meralgia paraesthetica. 1908.
Riehm, Walter. Zur Frage der Simulation von Geisteskrankheit. 1908.
Schmidt, Hch. Zur Prognose und Symptomatologie der Kinderhysterie. 1908.
Scholl, Ernst. Das Blutungs-, Schmerz- und Altersbild bei gynäkologischen Erkrankungen. 1907.
Vieregge, Cäsar. Prüfung der Merkfähigkeit Gesunder und Geisteskranker mit einfachen Zahlen. 1908.

Würzburg.

Clingestein, Otto. Zur Symptomatologie der Ponserkrankungen. 1908.
Deßloch, Josef. Über das Volumen der Schädeldächer. 1908.
Dietz, Adolf. Weitere Beiträge zur Frage der sekundären konzentrischen Hyperostose am Schädel. 1908.
Dyminski, S. von. Über Störungen im Hersagen geläufiger Reihen bei einem aphasischen Kranken. 1908.
Entres, J. L. Über die Hirngewichtsverhältnisse bei der progressiven Paralyse. 1908.
Greß, Franz. Chorea gravidarum. 1907.
Hirschfeld, Alfred. Zur Symptomatologie und Pathologie der traumatischen Hirnverletzungen. 1908.
Kiggen, Hch. Jos. Die gegenwärtigen Ansichten über die Ätiologie der progressiven Paralyse. 1908.
Kochiyama, M. Histologische Untersuchungen über die Heilung von Trepanationswunden an Kaninchenschädeln. 1908.
Kolb, Ludw. Zur Symptomatologie der Parietallappenerkrankungen. 1907.
Meyer, Herm. Zur Frage der sekundären konzentrischen Hyperostose der Schädeldachknochen bei Volumensabnahme des Hirns. 1908.
Müller, Wladislaus. Zur pathologischen Anatomie der Friedreich'schen Ataxie. 1908.
Plaß, Hans. Bulbärsymptome und Anosmie bei Syringomyelie. 1907.
Raab, Alfred. Über Huntington'sche Chorea. 1908.
Röthler, Gustav. Ein Fall von multipler neurotischer Hautgangrän. 1908.
Schulte, Hch. Über die Beziehungen der genuinen Optikusatrophie zur progressiven Paralyse. 1908.
Steiner, Adam. Über diffuse Sarkomatose des Rückenmarks. 1908.
Vaillant, Erwin. Über das Vorkommen der Ependymitis granularis bei Geisteskrankheiten. 1908.
Wunderlich, Hans. Das Verhalten des Rückenmarks bei reflektorischer Pupillenstarre. 1908.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Zweites Septemberheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Die luetischen Geistesstörungen[1]).

Von
Privatdozent **Dr. F. Plaut.**

M. H.! Wir streben es — wenigstens zurzeit noch — an, eine scharfe Trennung zwischen den luetischen Geisteskrankheiten im engeren Sinne und den als metaluetisch bezeichneten zu machen. Ihre Begründung hatten die Versuche einer exakten Abgrenzung vorzüglich in der bisher allgemein akzeptiert gewesenen Auffassung, daß zwischen der Syphilis und den metasyphilitischen Geistesstörungen, als deren Hauptvertreterin die progressive Paralyse anzusehen ist, nur lockere Zusammenhänge bestehen, während die eigentlich luetischen Hirnerkrankungen auf die Einwirkung des spezifischen Erregers zurückzuführen seien. Durch die neueren Ergebnisse der Syphilisforschung ist nun nicht nur erwiesen, daß es ohne Syphilis keine Paralyse gibt; eine ganze Reihe von Erwägungen, auf die ich gelegentlich meines Referates in Köln im April d. J. näher einging, machen es sogar in hohem Grade wahrscheinlich, daß die Beziehungen zwischen der Paralyse und der Syphilis sehr enge sind, daß möglicherweise die paralytischen Veränderungen selbst luetischer Art sind und ihre Eigenart gewinnen durch eine besondere Art der Reaktionsweise des Gewebes auf die Spirochäten, die ihre Ursache haben mag in einer weitgehenden, im Laufe der Syphilis zur Entwicklung gelangenden Gewebsumstimmung.

Danach erscheint es uns zweifelhaft, ob sich auf die Dauer eine Scheidung der metaluetischen von den luetischen Erkrankungen lediglich unter dem Gesichtswinkel der loseren oder engeren Beziehung zur Syphilis wird aufrecht erhalten lassen. Fraglos wird der Paralyse durch ihre durch Nißl und Alzheimer sichergestellte histologische Eigenart stets eine Sonderstellung verbleiben, aber wir müssen mit der Möglichkeit rechnen, daß sie diese Sonderstellung nicht außerhalb, sondern innerhalb der luetischen Gehirnerkrankungen angewiesen bekommt.

[1]) Referat, erstattet auf der Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater am 1. VI. 09 in München.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vielleicht liegt deshalb keine innere Berechtigung vor, die Paralyse auszuschließen, wenn ich vor Ihnen das Gebiet der luetischen Geistesstörungen behandeln soll. Lassen wir lediglich klinische Gesichtspunkte mitsprechen, so ist die Abtrennung noch schwerer zu begründen. Wir treffen Gruppierungen von Symptomen, die wir lange Zeit hindurch als charakteristisch für die eine Gruppe ansahen, auch bei der anderen an, die Verlaufsform kann wohl, aber braucht keineswegs uns die Differentialdiagnose ermöglichen, da wir wissen, daß es Fälle von progressiver Paralyse gibt, die durch Jahrzehnte klinisch keine Progression erkennen lassen, und gar der Einfluß der Therapie, durch den man früher eine Unterscheidung zu treffen vermeinte, gibt uns gewiß keinen sicheren Anhaltspunkt; die Formen von Lues cerebri, die differentialdiagnostisch gegenüber der Paralyse in Frage kommen, reagieren kaum jemals auf die spezifischen Heilmittel; daß dies früher anders war, lag daran, daß man die Formen, die wir jetzt von der Paralyse abzutrennen versuchen, zur Paralyse gehörig betrachtete.

Besonders kompliziert werden die Verhältnisse weiterhin dadurch, daß anscheinend gar nicht selten echte luetische und metaluetische Veränderungen miteinander gesellschaftet vorliegen; bis wir solche Formen klinisch als Mischformen erkennen lernen, ist noch ein weiter Weg und es ist fraglich, ob er zu einem Ziele führt.

Ganz abgesehen von den Schwierigkeiten, paralytische Störungen von luetischen in jedem Falle zu scheiden, kennen wir nun auch wohlcharakterisierte Psychosen, bei denen wir nicht wissen, wohin wir sie zu rechnen haben. Ich meine die Tabespsychosen, also geistige Störungen von einer häufig unverkennbaren Eigenart bei gleichzeitig sicher bestehenden metasyphilitischen Veränderungen des Rückenmarks. Sind die hier im Gehirn sich abspielenden Prozesse luetischer oder metaluetischer Art? Niemand vermag das zurzeit zu entscheiden.

M. H.! Wir wollen uns also bewußt bleiben, daß, wenn wir hier über luetische Geistesstörungen uns aussprechen, es in der Natur der Sache liegt, daß wir nur mit einem gewissen Vorbehalt uns das Recht nehmen dürfen, Grenzen zu ziehen. Es sind dies gewiß im wesentlichen prinzipielle Fragen und wir können uns konventionell für unsere praktischen Bedürfnisse ganz wohl nach mancher Richtung hin klinische Entscheidungen gestatten, nur sollten wir, wenn wir uns auch noch so sicher zu fühlen glauben, stets die Kritik des Anatomen ermöglichen.

Wenn wir mit diesem Vorbehalt an die Betrachtung der luetischen Geistesstörungen herangehen, so werden wir uns vor allem die Frage vorlegen müssen: vermögen uns die klinischen Untersuchungsmethoden irgend-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welche für die luetischen Geistesstörungen im eigentlichen Sinne pathognostische Merkmale aufzudecken. Da unterliegt es nun gar keinem Zweifel, daß es kein einzelnes Symptom gibt, dessen Vorhandensein an und für sich die Diagnose hinsichtlich der luetischen Grundlage einer geistigen Erkrankung zu stellen gestattet. Unsere Fragestellungen werden sich im einzelnen Falle stets in einer ganz bestimmten Folge aus einander entwickeln müssen. Und zwar gilt es zuerst der Feststellung: hat die betreffende Person einmal Syphilis durchgemacht; dann: leidet sie im gegebenen Moment noch an Syphilis, liegen neurologische Anzeichen vor, die den Schluß gestatten, daß sie durch einen syphilitischen Prozeß im Zentralnervensystem erzeugt wurden; und dann werden wir an die Kardinalfrage herantreten: sind die nun bestehenden psychotischen Erscheinungen gleichfalls luetischen Ursprungs.

Mit dem anamnestischen Nachweis der Lues gelangen wir nur relativ selten zum Ziele. Wir werden darum kaum jemals mit Rücksicht auf das Ableugnen der Infektion einen Verdacht fallen lassen dürfen. Wir sind nun glücklicherweise jetzt in die Lage versetzt, darüber, ob eine luetische Infektion vorgelegen hat oder nicht, in objektiver Weise uns Klarheit zu verschaffen, und zwar einmal durch die zytologische Untersuchung der Spinalflüssigkeit und weiterhin durch die serologischen Untersuchungen[1]).

Wir wollen kurz betrachten, was diese beiden Methoden bei ihrer Erprobung an sicheren Fällen von luetischen Hirnerkrankungen uns zu leisten vermögen.

Die Vermehrung der Lymphozyten in der Spinalflüssigkeit ist keineswegs ein für eine luetische Affektion durchaus charakteristisches Zeichen. Sie findet sich bei einer Reihe organischer Gehirnkrankheiten nicht syphilitischer Art, bei der multiplen Sklerose, bei Hirntumoren, bei Pachymeningitis haemorrhagica, bei Hirnabszessen u. a. m., aber überall da nur in einem kleinen Teil der Fälle. Daß Lymphozytose auch bei einer Reihe akuter Infektionskrankheiten, so bei Scharlach, Masern, Diphtherie usw., beobachtet wird, ist für uns ohne Belang. Bei der Lues cerebri sehen wir eine Zellvermehrung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle; in etwa 20 % vermissen wir sie und dann handelt es sich wohl fast immer um reine endarteriitische Formen. Wir finden aber auch bei der Syphilis ohne klinisch erkennbare Beteiligung des Zentralnervensystems die Lymphozytose in etwa 40 % der Fälle. Wir werden also, wenn es sich um eine zweifellos organische Gehirnerkrankung handelt, mit Rücksicht darauf, daß bei den nicht luetischen Hirnerkrankungen nur die Minderzahl Zellver-

[1]) Über den Wert der Nonne'schen Globulinausfällung in der Spinalflüssigkeit „Phase I" fehlen mir ausreichende eigene Erfahrungen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vermehrung aufweist, während die luetischen sie außerordentlich häufig darbieten, die Zellvermehrung für eine luetische Genese des Leidens mit einiger Wahrscheinlichkeit sprechen lassen dürfen. Diese Wahrscheinlichkeit erhöht sich um ein bedeutendes, wenn differentialdiagnostisch eine nicht grob organisch bedingte Geistesstörung in Frage kommt, also etwa eine Dementia praecox; denn hier findet sich normalerweise keine Lymphozytose. Die Situation kann erheblich dadurch kompliziert werden, daß, wie bereits erwähnt, 40 % aller ehemaligen Luetiker Zellvermehrung haben; bekommt nun ein Luetiker eine Dementia praecox, so kann er eine Zellvermehrung aufweisen, die in keinem Zusammenhang steht zu seiner Psychose, und wir vermögen dann aus diesem Punkt die Differentialdiagnose nicht zu fördern. Gegenüber den metasyphilitischen Erkrankungen ergibt sich aus dem Zellbefund eine nur sehr dürftige Unterscheidungsmöglichkeit. Die Fälle von Paralyse und Tabes bzw. Tabespsychose, welche keine Zellvermehrung darbieten, sind große Seltenheiten, bei der Lues cerebri sehen wir einen negativen Zellbefund in etwa 20 %, so daß ein negativer Zellbefund etwas mehr für Lues cerebri und gegen eine metaluetische Erkrankung sprechen kann. Nach dem Gesagten ist der Wert sowohl des positiven als des negativen Zellbefundes nur ein bedingter, er kann bedeutungsvoll sein, kann auf der anderen Seite auch zu erheblichen Trugschlüssen führen und ist in jedem Falle mit großer Vorsicht und unter Berücksichtigung des Gesamtbildes zu verwerten.

Die Ergebnisse der serologischen Untersuchungen bieten gegenüber den zytologischen den Vorteil, daß sie in einem weitgehenden Grade für Lues spezifisch sind. Die seltenen Fälle, wo bei andersartigen Affektionen einmal eine positive Wassermann'sche Reaktion beobachtet worden sein soll, stören uns nicht bei den Gruppen, um die es sich bei unseren Unsersuchungen handelt.

Wenn wir zuerst die Resultate betrachten, die wir bei den Fällen von Lues cerebri mit der Blutuntersuchung gewonnen haben, so liegt uns ein Material von 27 Fällen vor. Die Reaktion fiel in allen mit Ausnahme eines einzigen Falles hinsichtlich des Blutes positiv aus. Dieser eine Fall ist durch die Sektion sichergestellt worden und es kann daher keinem Zweifel unterliegen, daß bei luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems — wenn wohl auch nur in seltenen Fällen — die Reaktion im Stich lassen kann. Der Fall war merkwürdig genug gelagert.

Es handelte sich um eine Frau anfangs der 40er Jahre, die vier Jahre zuvor einen Krampfanfall gehabt hatte, seitdem geistig erheblich zurückgegangen und in letzter Zeit verwirrt geworden war. Der Mann hatte in relativ jungen Jahren eine Hemiplegie erlitten und zeigte lichtstarre Pupillen. Lues wurde negiert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Patientin hatte sehr geringe Lichtreaktion, Augenmuskellähmungen, Fehlen der Patellarsehnenreflexe, starke Lymphozytose und ausgesprochene Tumorerscheinungen. Es wurde klinisch die Diagnose auf Gumma cerebri gestellt. Die Sektion ergab nun in der Tat einen großen Tumor hinter dem Balkenwulst, dessen makroskopische Beschaffenheit keinen Zweifel aufkommen ließ, daß es sich um eine Gumma handle. Bei der mikroskopischen Untersuchung stellte es sich jedoch heraus, daß der Tumor ein Gliom war. Es wurde nun die Diagnose Lues cerebri umgestoßen, aber auch dabei blieb es nicht, denn es fand sich nun bei der Untersuchung des Rückenmarks eine erhebliche Meningomyelitis luetica. Es lag also eine Kombination von Gliom mit luetischer Erkrankung des Rückenmarks vor, ein Befund, auf den in vivo natürlich nicht geschlossen werden konnte. Dieser Fall, der also eine spinale Lues darbot, stellt vorläufig hinsichtlich seiner negativen Blutreaktion eine Ausnahme von der Regel dar.

Danach wird man bei negativem Blutbefund die Diagnose Lues cerebri als nicht sehr wahrscheinlich anzusehen brauchen. Andererseits beweist der positive Blutbefund in keiner Weise, daß eine luetische Erkrankung des Zentralnervensystems vorliegt. Man gewinnt durch ihn nur den Anhaltspunkt, daß man einen Luetiker vor sich hat, daß also jedenfalls insofern die Vorbedingungen für das Bestehen einer luetischen Gehirnerkrankung gegeben sind. Bei Spätluetikern ohne irgendwelche luetischen Manifestationen finden wir auch in etwa 40% die Reaktion im Blut, bei gut behandelten allerdings nur in einem wesentlich geringeren Prozentsatz; man kann somit aus dem positiven Ausfall der Reaktion keinen sicheren Schluß in der Richtung ziehen, daß noch krankhafte Prozesse sich abspielen und daß die vorliegende Geistesstörung in einer Beziehung zur Syphilis stehen müsse. Der negative Blutbefund gestattet also eher eine Lues cerebri auszuschließen, als der positive Befund gestattet, sie anzunehmen. Die Wassermann'sche Reaktion im Blut stellt somit keineswegs ein Symptom dar, das an und für sich eine Diagnose zu stellen erlaubt. Nach einer bestimmten Seite hin führt uns die kombinierte Untersuchung von Spinalflüssigkeit und Serum weiter und zwar hinsichtlich der Abgrenzung von der Paralyse. Bei der Paralyse finden wir nämlich in der Regel neben dem Blut auch die Spinalflüssigkeit positiv reagierend, während bei den luetischen Hirnerkrankungen die Spinalflüssigkeit im Gegensatz zum Serum negativ reagiert. Auf beiden Seiten scheinen Ausnahmen vorzukommen, sie sind selten, aber man kann an ihnen nicht zweifeln. Immerhin kann man sich durch diese Unterscheidungsmerkmale bei vielen Fällen führen lassen und ich werde auf solche Erfahrungen bei der Betrachtung der klinischen Formen noch zu sprechen kommen.

Jedenfalls müssen wir sagen, daß sich weder aus der Zytologie noch aus der Serologie an und für sich Kriterien ableiten lassen, die unabhängig von der klinischen Betrachtung zu einem gesicherten Urteile führen können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beide Untersuchungsmethoden ergänzen sich zuweilen in recht glücklicher Weise und wir kommen so gelegentlich der Aufklärung schwieriger Fälle näher; so kann man vielleicht bei positivem zytologischen und negativem serologischen Befund eine organisch bedingte Gehirnerkrankung als sehr wahrscheinlich nicht luetischer Art bezeichnen, während der beiderseits positive Befund eher eine Bejahung der luetischen Ätiologie, ein beiderseits negativer hingegen zuweilen eine Ablehnung gestattet. Aber alles dies muß mit großer Vorsicht gehandhabt werden und es läßt sich in keinen Schematismus hineinzwängen.

Sehen wir uns nun nach der dritten Hilfsquelle um, der Betrachtung der somatischen Zeichen, so dürfen wir uns auch hier nicht zu großen Hoffnungen hingeben. Wir verfügen nur über ein neurologisches Symptom, dessen Entstehung mit erheblicher Bestimmtheit sich auf eine syphilitische Läsion zurückführen läßt, das ist die isolierte Lichtstarre der Pupillen; gesellen sich hierzu noch weitere tabische Zeichen, so ist an der luetischen Grundlage der neurologischen Störungen kein Zweifel mehr. Für die Abgrenzung der Lues cerebri von der Paralyse gewinnen wir allerdings hieraus keinen Anhaltspunkt. Alle anderen somatischen Störungen sind vieldeutig und geben an und für sich keine sichere Stütze, wenn sie natürlich als Einzelglieder im Gesamtbilde auch eine bedeutsame und gar entscheidende Rolle erlangen können.

Die Schwierigkeiten setzen aber sofort ein, wenn wir vor die Frage gestellt werden: sind die jeweils bestehenden psychotischen Störungen nun auch luetischen Ursprungs, liegen sie den gleichen Veränderungen zugrunde wie die als sicher luetisch zu deutenden neurologischen Symptome. Wir wissen, daß eine reflektorische Pupillenstarre als Einzelsymptom Jahrzehnte hindurch bestehen kann, und wir gehen wohl nicht fehl in der Annahme, daß der zugrunde liegende Prozeß lange zum Abschluß gelangt sein kann, während das Symptom der reflektorischen Pupillenstarre weiter besteht. Bei einem solchen Individuum kann eine beliebige Psychose zur Entwicklung gelangen, die in gar keinem Zusammenhang zu der gleichzeitig bestehenden Lichtstarre und überhaupt zur Syphilis zu stehen braucht. Hier hilft uns weder die zytologische noch die serologische Untersuchung weiter und hier müssen wir dann die psychotischen Störungen als solche analysieren und versuchen, charakteristische Züge herauszufinden, welche die luetische Natur der Psychose zu entschleiern vermögen.

Versuche, aus der Eigenart der psychotischen Ausgestaltung allein zu einer Diagnose zu gelangen, zumal Formen zu erkennen, bei denen nicht neurologische Begleitsymptome aufklärend wirken, gehen eine ganze Reihe von Jahren zurück und alles, was hier erreicht wurde, ist

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Erkenntnis, daß die klinische Gestaltungsmöglichkeit eine so außerordentlich reiche ist, daß man eigentlich auf alles gefaßt sein muß. Die Formen einfacher luetischer Demenz und der luetischen Pseudoparalyse scheiden hier aus, da hier auf somatischem Gebiet regelmäßig Störungen vorkommen, zum mindesten einmal bestanden haben.

Vor zehn Jahren hat Krause auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in München Formen aufzustellen versucht und die Aufzählung seiner Formen ließ unschwer erkennen, daß die Hirnsyphilis unter zahlreichen psychotischen Bildern auftreten kann. Er unterschied 1. melancholisch-hypochondrische Formen, 2. maniakalische Formen, 3. amnesieartige Formen, 4. paranoische Formen mit und ohne Halluzinationen, und da inzwischen noch die epileptischen hinzugekommen sind, und psychogene Störungen sich bekanntermeise auch hier stets zugesellen können, sind somit fast alle nennenswerten psychotischen Symptomgruppen im Zeichen der Syphilis vereinigt. Gelegentlich des Krause'schen Vortrages sagte Kraepelin in der Diskussion: Er erkenne nur den Zusammenhang einer bestehenden Psychose mit der Lues an, wenn es möglich sei, aus dem Krankheitsbilde selbst die Ursache zu erkennen. Er habe noch nie aus der Art der Geistesstörung die syphilitische Ursache mit Sicherheit erkannt.

Ich glaube, daß man sich auch heute noch im wesentlichen auf diesen Standpunkt stellen muß und, wenn wir wirklich doch um einiges weiter gekommen sind und gewisse psychische Störungen mit einiger Wahrscheinlichkeit auf luetische Veränderungen zurückführen können, so haben wir diesen Fortschritt nicht erreicht auf einem der genannten Wege allein, weder auf dem der rein psychischen Analyse, noch der neurologischen Betrachtung, noch durch die zytologische und serologische Diagnostik, sondern es ist dem Zusammenwirken aller dieser Faktoren zuzuschreiben, daß wir uns jetzt öfters etwas sicherer fühlen als zuvor und eher an die Aufstellung gewisser Typen denken können. Alles dieses wäre jedoch nutzlos gewesen, wenn wir nicht durch die histologischen Untersuchungen eine objektive Unterlage für unsere in vivo unternommenen Deutungsversuche gewonnen hätten; und da bisher nur in einer beschränkten Zahl von Fällen die histologische Kontrolle durchgeführt werden konnte, befinden sich auch unsere klinischen Erkenntnisse noch in den bescheidensten Anfängen.

Ich will in Kürze über diese Formen berichten und dabei darzutun versuchen, inwieweit die neueren Untersuchungsmethoden uns zu unterstützen geeignet sind.

Es seien zuerst erwähnt die schon länger bekannten Gruppen, die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch ein deutliches Hervortreten körperlicher Symptome ausgezeichnet sind, die Gruppen, welche Kraepelin als

1. den einfachen luetischen Schwachsinn und
2. die luetische Pseudoparalyse

auseinanderhält.

Der luetische Schwachsinn pflegt sich an Anfälle mit hemiplegischen oder monoplegischen, bald flüchtigen, bald bleibenden Lähmungserscheinungen anzuschließen und die Ausbildung dieses Schwachsinns trägt keine wirklich charakteristischen Züge; er kann vorwiegend die intellektuelle Sphäre befallen und weiterhin sieht man Bilder, wie sie Kraepelin und Binswanger beschrieben haben, bei denen die Willensschwäche verbunden mit einer sehr ausgeprägten ethischen Depravation im Vordergrunde steht. Das jugendliche Alter gibt gegenüber ganz ähnlichen bei der Arteriosklerose zu beobachtenden Typen eine Unterscheidungsmöglichkeit; daß man aber auch damit sehr vorsichtig sein muß, hat uns ein Fall gezeigt, der im 48. Lebensjahr eine Hemiplegie erlitt, an den sich ein euphorischer Schwachsinn anschloß; die Pupillen reagierten sehr träge auf Licht und es folgten im Laufe der einjährigen Erkrankung noch Anfälle ohne deutliche Lähmungserscheinungen. Wir glaubten schon mit Rücksicht auf das jugendliche Alter Arteriosklerose ausschließen zu können, während die Untersuchung durch Herrn Dr. Alzheimer ergab, daß doch eine Arteriosklerose und keine luetische Gefäßerkrankung vorlag. Treten luetische Anfälle erst im höheren Alter auf, so wird die Unterscheidung besonders schwierig.

Wir vermögen jetzt dank der zytologischen und serologischen Untersuchung derartige Fälle sicherer zu beurteilen.

Ich will zwei Fälle kurz anführen.

Ein 58jähriger lediger Mann wurde hilflos umherirrend aufgefunden, bot eine vorwiegend motorische Aphasie und eine linkerseits (sic!) ausgeprägte Apraxie. Sonst keinerlei Lähmungserscheinungen, gut reagierende Pupillen. Anamnese war nicht zu erhalten. In der Spinalflüssigkeit starke Lymphozytose und Wassermann'sche Reaktion im Blut. Die Diagnose Lues cerebri gründete sich lediglich auf diese Feststellung und fand ihre Bestätigung durch die Sektion.

Weiterhin haben wir eine gleichfalls im 58. Lebensjahre stehende Dame beobachtet, die zwei kurzdauernde Anfälle mit linksseitiger, ganz flüchtiger Gesichtslähmung erlitt und danach einen leichten Schwachsinn mit eigentümlich verschrobener, querulatorischer Charakterveränderung darbot. Lues wurde strikte negiert. Somatisch fand sich keinerlei pathologischer Befund. Die Spinalflüssigkeit zeigte keine deutliche Zellvermehrung, das Blut hingegen die Wassermann'sche Reaktion. Wir nahmen deshalb eine Lues cerebri an, können aber die Richtigkeit dieser Auffassung allerdings, bevor wir das Sektionsresultat haben, nicht beweisen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Da wir wohl alle Ursache haben, den nach Anfällen sich entwickelnden Schwachsinn nicht lediglich auf die lokale Erweichung, sondern auf diffuse Gefäßerkrankungen zurückzuführen, müssen wir auch an die Möglichkeit denken, daß sich einfache luetische Schwachsinnsformen ohne vorausgehende Lähmungserscheinungen entwickeln können. Hier wird die Beurteilung ungemein diffizil und man hat auch derartige Bilder kaum herauszusetzen versucht, denn es fehlen dann wirklich alle Anhaltspunkte. Man kann aber zuweilen solchen Fällen gegenüberstehen.

Vor etwa einem Jahre kam ein Postexpeditor in die Poliklinik zu Herrn Prof. Dr. Gudden. Er war etwas leichtsinnig in Geldsachen gewesen, hatte Schulden gemacht und ziemlich darauf los gelebt. Seit einer Reihe von Jahren hatte das Schuldenmachen ganz erheblich zugenommen, er ließ sich dabei eine unreinliche Schiebung gegenüber einem Kollegen zuschulden kommen und wurde ohne Pension entlassen. Vor neun Jahren hatte er eine Lues akquiriert und klagte jetzt über einzelne, ganz vage nervöse Beschwerden. Der Mann bot objektiv nichts außer einer gewissen Euphorie und Sorglosigkeit, er machte einen moralisch minderwertigen Eindruck. Dieser Mann wünschte selbst ein Gutachten in dem Sinne, daß er durch die Syphilis psychisch geschädigt sei und daß die Schädigung die Ursache seiner Vergehungen wäre. Wir nahmen ihn für einen Tag in die Klinik auf, punktierten ihn und es ergab sich nun eine kolossale Zellvermehrung der Spinalflüssigkeit, die mehrere hundert Zellen im Kubikmillimeter betrug. Die Wassermann'sche Reaktion im Blut war positiv, in der Spinalflüssigkeit negativ. Gudden gab dann ein Gutachten ab, in dem er sagte, daß er mit Rücksicht auf die ganz ungewöhnliche Zellvermehrung die Möglichkeit nicht ausschließen könne, daß die Syphilis psychische Störungen, wenn auch leichteren Grades, bedingt habe. Es ist dies gewiß etwas spekulativ, aber in dubio pro re.

Neben diesen einfachen Schwachsinnsformen haben wir es mit psychisch reicher ausgestalteten Formen zu tun, die sich wohl nur graduell von den ersteren unterscheiden und deren Besonderheit darin liegt, daß sie von der Paralyse sich sehr schwer abtrennen lassen, die luetischen Pseudoparalysen.

M. H.! Die Frage der Differentialdiagnose dieser Fälle von der Paralyse ist, wie Sie wissen, ein sehr schwieriges und großes Kapitel und stellt ein Referatthema für sich dar. Ich müßte Ihre Zeit ungebührlich in Anspruch nehmen, wollte ich mich auf alle Einzelheiten einlassen. Ich will mich auf einiges beschränken. Wir haben gelernt, daß, entgegen der früher gültig gewesenen Annahme, weder das Fehlen der Progredienz sich gegen Paralyse noch ein schneller Verlauf für Paralyse mit Sicherheit verwerten läßt. Das Hervortreten ausgesprochener Herderscheinungen kann nur mit großer Reserve gedeutet werden. Dagegen ist es wohl zweifellos, daß das Vorliegen ausgeprägter paralytischer Sprach- und Schriftstörung bei der luetischen Pseudoparalyse selten ist, wenn es auch hier einmal beobachtet

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden kann. Unter den neurologischen Symptomen scheint eine allgemeine Hypalgesie, im Gegensatze zu der Paralyse, bei der Pseudoparalyse ziemlich selten vorzukommen und die absolute Pupillenstarre ist bei der Pseudoparalyse häufiger anzutreffen als bei der Paralyse, wo in der Regel isolierte Lichtstarre vorliegt. Das psychische Verhalten kann mit einiger Wahrscheinlichkeit hier und da einmal die Differentialdiagnose ermöglichen. Früher glaubte man, daß Größenideen für Paralyse sprechen, dies kann aber nicht als zutreffend bezeichnet werden. Dagegen ist unter den psychotischen Einzelsymptomen auch nach unseren Erfahrungen das Auftreten von Gehörshalluzinationen ein außerordentlich wichtiges Phänomen, das sehr zugunsten einer Pseudoparalyse spricht. Eine gewisse Krankheitseinsicht, überhaupt eine mehr lakunäre Demenz ist bei der echten Paralyse erheblich seltener als bei der Pseudoparalyse, kann aber auch bei der Paralyse so evident entwickelt sein, daß man sehr vorsichtig sein muß.

Wir haben jahrelang einen Patienten beobachtet, einen Lehrer, der außerordentlich deutliches Krankheitsgefühl hatte, mit peinlichster Genauigkeit Buch über seine Symptome führte, gesellschaftlich gut komponiert blieb, und es war doch eine Paralyse.

Also, m. H., besonders wertvoll erscheinen uns für die Differentialdiagnose die Gehörstäuschungen; es ist dies allerdings eine Frage, die noch zum Gegenstand sorgfältiger Untersuchungen gemacht werden muß.

Die übrigen Erscheinungen, sowohl auf neurologischem wie auf psychischem Gebiet, verhelfen uns meist nur zu Wahrscheinlichkeitsdiagnosen, selten einmal zu einer einwandfreien Entscheidung.

In diese Lücke scheint nun die Serodiagnostik einzusetzen. Eine kritische Beurteilung der Hilfe, welche der Differentialdiagnose aus dieser Methode erwächst, vermag sich allerdings nur an großen, durch den Obduktionsbefund sichergestellten Gruppen von Fällen anstellen zu lassen. Der Unterschied, der sich serologisch zwischen den klinisch leicht deutbaren Fällen von Lues cerebri und den gewöhnlichen Formen der Paralyse ergeben hat, liegt, wie bereits betont, nicht in dem Verhalten des Blutes, sondern in dem der Spinalflüssigkeit. Während die Sera beider Gruppen in der Regel positiv reagieren, sehen wir bei der Paralyse eine entsprechend positive Reaktion auch in der Spinalflüssigkeit, während bei der Lues cerebri die Spinalflüssigkeit negativ reagiert. Auch bei den ungewöhnlich verlaufenden Fällen, in denen die klinische Auffassung schwankt zwischen der Annahme einer luetischen Hirnerkrankung und einer Paralyse, scheint dieser Unterschied fast regelmäßig zu bestehen. In meiner kürzlich erschienenen Zusammenfassung hatte ich drei Fälle von Lues cerebri aufgeführt, die entgegen der Regel auch seitens der Spinalflüssigkeit positiv

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reagierten. Zwei dieser Fälle hatten nur eine sehr schwache Reaktion der Spinalflüssigkeit ergeben, die an Intensität weit hinter dem Ausschlag des zugehörigen Serums zurückblieb. Nur in einem Falle reagierte die Spinalflüssigkeit so stark wie das Serum, es ergab sich also ein Befund, wie ich ihn sonst nur bei der Paralyse gesehen hatte. Kürzlich ist dieser Fall in Eglfing gestorben und die Untersuchung ergab, daß, ganz gegen unsere klinische Auffassung, der Fall eine Paralyse war.

Es handelte sich um einen 65jährigen Mann; über Lues war nichts zu erfahren. Elf Jahre zuvor hatte er eine rechtsseitige Hemiplegie erlitten und war seitdem schwachsinnig, hilflos, ohne daß im Laufe der Jahre eine Progredienz beobachtet wurde. Die Lähmung blieb bestehen, weitere Anfälle traten nicht auf. Er zeigte eine faselige Verblödung, produzierte schwachsinnige Größenideen aber ohne alle Expansion. Pupillen und Patellarsehnenreflexe zeigten keine Störungen. Was uns neben dem Fehlen der Progredienz besonders verleitete, eine Lues cerebri anzunehmen, war die relativ gute Krankheitseinsicht. Der serologische Befund allein wies auf eine Paralyse hin und darum handelte es sich dann auch.

Umgekehrt sprach in einem anderen Falle eine negative Reaktion der Spinalflüssigkeit bei positiver des Serums für Lues cerebri, während uns das Krankheitsbild die Differentialdiagnose recht schwierig machte.

Hier handelte es sich um eine 34jährige Sängerin. Anfangs waren wir eher geneigt, eine luetische Hirnerkrankung anzunehmen; es bestand ein euphorischer Schwachsinn, hin und wieder brach aber ein deutliches Krankheitsgefühl durch. Linksseitige Neuritis optica. Pupillenreaktion in Ordnung. Keine Sprach- und Schriftstörung. Die Krankheit ist außerordentlich progredient verlaufen; in wenigen Monaten trat ohne Anfälle tiefe Verblödung mit unsinnigen Größenideen ein, so daß wir fast keinen Zweifel an dem Bestehen einer Paralyse hatten. Die Obduktion ergab eine diffuse luetische Gefäßerkrankung.

Da wir jedoch, wie bereits zuvor gesagt, einige Fälle von Paralyse mit negativ reagierender Spinalflüssigkeit sahen und einen, wenn auch vereinzelten Fall von Paralyse beobachteten, bei dem sogar im Blut die reagierenden Substanzen fehlten, ist dies kein ganz sicheres Kriterium, wohl aber geeignet, im Zusammenhang mit den übrigen Befunden die Differentialdiagnose sehr zu erleichtern. Noch seltener als bei der Paralyse negativ, reagiert die Spinalflüssigkeit bei der Lues cerebri positiv; und besonders ein starker Gehalt der Spinalflüssigkeit an den reagierenden Substanzen dürfte erheblich gegen die Annahme einer Lues cerebri ins Gewicht fallen.

Ich wende mich nun zu den im engeren Sinne psychotischen Formen der luetischen Hirnerkrankungen und es ist dies ein Gebiet, das vorläufig nur mit allergrößter Vorsicht betreten werden kann. Nach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

meiner Überzeugung sind wir zurzeit nicht in der Lage, ohne daß uns durch somatische Veränderungen der Weg gewiesen wird, einen psychischen Symptomenkomplex als durch luetische Veränderungen hervorgerufen zu erkennen. Vielleicht wird es durch die variable Lokalisation und die große Reihe von Abstufungen in der Intensität der anatomischen Vorgänge niemals möglich werden, irgendwie erkennbare größere Gruppen herauszusetzen. Immerhin haben wir keinen Grund, die Flinte ins Korn zu werfen, werden aber nur dann in der Lage sein, Fortschritte zu machen, wenn wir an der Hand von Sektionsmaterial die in vivo verdächtig erschienenen Formen retrospektiv klinisch studieren. In vivo müssen wir nämlich auch, wenn sicher luetische neurologische Symptome, wie etwa die reflektorische Pupillenstarre, vorliegen, immer mit der Möglichkeit rechnen, daß die vorliegende Psychose nicht luetisch bedingt ist, sondern lediglich eine Kombination darstellt.

Am besten bekannt sind paranoide Formen kombiniert mit Tabes. Es sind dies die bekannten Bilder, die zweifellos charakteristische Züge tragen. Es entwickelt sich Jahre hindurch keine nennenswerte Demenz, die Kranken bleiben lebhaft, affektvoll, zugänglich, zeigen Wahnbildungen, die kaum je den Charakter der Selbstbeschuldigung tragen, sondern regelmäßig die Bedeutung von Verfolgungsideen haben, es treten reichliche, überaus plastische Gehörstäuschungen auf und, was besonders der Krankheit eigentümlich ist, Halluzinationen des Gemeingefühles, die einhergehen mit phantastischen körperlichen Beeinflussungsideen. Besonders von französischer Seite ist der Ansicht Ausdruck gegeben worden, die körperlichen Beeinflussungsideen knüpfen an tabische Sensationen an, an das Gürtelgefühl, die lanzinierenden Schmerzen, die Parästhesien usw. Wir beobachteten einen Mann, der an Gürtelgefühl litt und eines Tages mit der Wahnbildung hervortrat, er sei mit Zwillingen schwanger; nach einigen Tagen erklärte er, die Sache sei jetzt fort, die Früchte seien mit dem Stuhl abgegangen, wohl dadurch, daß man ihm etwas daraufhin Wirkendes mit dem Apfelkompott eingegeben hätte. Es ist natürlich nicht möglich, sichere Anhaltspunkte für eine derartige psychologische Genese der Wahnbildung zu gewinnen. Sie würde einigermaßen hinfällig, wenn luetische Psychosen gleicher Art ohne tabische Symptome zur Beobachtung gelangten. Bei dieser Gruppe von Psychosen bei Tabes dürfen wir wohl für die psychotischen Störungen einen Zusammenhang mit der Syphilis voraussetzen. Welcher Art dieser Zusammenhang ist, ob es sich um luetische Veränderungen im engeren Sinne oder um metaluetische handelt, wissen wir hingegen nicht, da zuverlässige histologische Untersuchungen nicht vorliegen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es wird nun unsere Aufgabe sein, ausgehend von den bei Tabes beobachteten Krankheitsbildern, nach ähnlichen Formen zu suchen, die keine tabischen Störungen aufweisen.

Es ist seit einer ganzen Reihe von Jahren und erst kürzlich wieder von A. Westphal und Birnbaum über paranoide Symptomenbilder berichtet worden, die als luetische Psychosen aufgefaßt wurden. Wir haben uns auch in den letzten Jahren wiederholt solchen Kranken gegenüber zu stehen geglaubt, haben aber ebensowenig wie die anderen Beobachter vermocht, charakteristische psychotische Züge herauszufinden. Es handelt sich hier um die klinische Abgrenzung gegenüber Erkrankungen, die der paranoiden Form der Dementia praecox, dem manisch-depressiven Irresein und, was die Sache besonders bedenklich erscheinen läßt, um die Abgrenzung gegenüber Formen, die vermutlich keiner der beiden genannten Gruppen angehören, sondern vorläufig noch terra incognita sind. Die Bilder können sehr der Alkoholhalluzinose gleichen; wir haben einen solchen Fall bei einer Frau beobachtet, die neben lebhaften Gehörstäuschungen sogar einen ausgeprägten Eifersuchtswahn darbot. Von Dementia praecox unterscheiden sich die Kranken durch das Fehlen katatoner Züge und dadurch, daß wohl nur Schwächezustände leichterer Art zur Entwicklung gelangen; das Vorliegen manisch-depressiver Zustandsbilder wird unwahrscheinlich gemacht durch das stets sehr starke Hervortreten von Gehörstäuschungen und durch die immerhin dürftige Ausbildung affektiver Störungen; deutlich erscheint nur der Affekt der Angst, während sich im eigentlichen Sinne depressive Vorstellungen, zumal Insuffizienzgefühl, Selbstvorwürfe u. dgl. nicht einzustellen scheinen; auch Hemmungserscheinungen treten nicht hervor. Immer bleibt natürlich die Möglichkeit offen, daß, wenn auch eine Abgrenzung von der Dementia praecox und dem manisch-depressiven Irresein gelingt, die von uns als luetisch gemutmaßten Bilder Gruppen zugehören, die noch der Aufklärung harren, aber auch ohne Lues vorkommen können.

Bei drei Kranken haben wir es gewagt, eine paranoide luetische Psychose anzunehmen. In einem Falle bestand absolute Pupillenstarre, in allen Fällen vermehrter Zellgehalt der Spinalflüssigkeit und Wassermann'sche Reaktion im Blut. Ob wir ohne diesen somatischen Befund uns zu der Diagnose entschlossen hätten, erscheint mir sehr fraglich. Wir achten jetzt sehr sorgfältig auf solche Formen und, wo nur der leiseste Verdacht auftaucht, wird die Blutuntersuchung vorgenommen. Die Fälle mit positivem Befund behalten wir im Auge und suchen das Gehirn späterhin zu erlangen; so arbeiten wir dem Anatomen vor, der dann erst die Entscheidung, die wir kaum einmal zu fällen vermögen, bringen muß.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nächst den paranoiden sind epileptische Formen zu nennen, um deren Aufklärung sich Alzheimer besondere Verdienste erworben hat. Die Grundlage für diese Störungen sind nach Alzheimer endarteriitische Veränderungen der kleinen Rindengefäße. Es können Lähmungserscheinungen durch Beteiligung größerer Hirngefäße gleichzeitig zur Entwicklung gelangen. Das eigentliche Krankheitsbild gleicht völlig dem der genuinen Epilepsie. Wir haben im Jahre 1906 einen Fall dieser Art beobachtet.

Es handelte sich um eine 32jährige Lehrerin, die schon seit ihrer Kindheit Sehstörungen beiderseits darbot und seit $3^1/_2$ Jahren an schweren epileptischen Anfällen mit allgemeinen Konvulsionen litt; weiterhin hatte sie Absenzen, kurzdauernde Dämmerzustände mit ängstlicher Färbung und schwere Verstimmungen, in denen sie einmal einen Selbstmordversuch machte. Intelligenzstörungen bestanden nicht. Über hereditäre oder erworbene Lues ließ sich nichts feststellen. Körperlich wurde als einzige Störung eine linksseitige Optikusatrophie festgestellt, die nach dem Urteil unseres Spezialisten angeboren oder in der Kindheit im Laufe einer Infektionskrankheit entstanden sein konnte. Immerhin gab die Optikusatrophie uns Anlaß, daran zu denken, daß die Krankheit, welche an sich ganz die Züge einer genuinen Epilepsie trug, luetisch bedingt sein könnte. Die Spinalpunktion wurde gemacht, eine Zellvermehrung fand sich nicht. Die serologische Untersuchung befand sich damals noch in den ersten Anfängen, wir beschäftigten uns nur mit der Spinalflüssigkeit; diese wurde mir nach Berlin geschickt und zeigte negativen Befund. Hätten wir das Blut untersucht, so würden wir wahrscheinlich die Lues haben feststellen können. Es blieb also nicht mehr als ein Verdacht und der Fall wurde nach der Überführung in eine Anstalt weiter verfolgt. Die Kranke ging nach einiger Zeit in einem Anfalle zugrunde und Alzheimer konnte eine luetische Endarteriitis der kleinen Rindengefäße konstatieren.

Es scheint somit, als ob wir, vorläufig wenigstens, derartige Formen nur dann von der genuinen Epilepsie unterscheiden können, wenn neurologische, auf Lues hinweisende Anzeichen vorliegen. Auch hier wird die Blutuntersuchung stets herangezogen werden müssen und kann bei positivem Ausfall die Wahrscheinlichkeit, daß das Leiden auf Lues zurückzuführen ist, erhöhen.

Als eine weitere Gruppe von Störungen, die der Ausdruck luetischer Hirnerkrankungen sein sollen, werden kurzdauernde halluzinatorische Verwirrtheitszustände beschrieben, die im wesentlichen denen gleichen, welche wir bei den eben geschilderten epilepsieähnlichen Erkrankungen beobachten können. Nur sind sie nicht Teilerscheinungen einer Gruppe von Symptomenbildern, sondern stellen das wesentliche der psychotischen Veränderung dar. Die Franzosen haben sie im Verlauf der Tabes auftreten sehen und stellen sie in eine Reihe mit den Krisen. Man wird auch daran denken können, daß solche Zustände als Äquivalente für im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verlaufe der Lues cerebri auftretende epileptiforme Anfälle gelten könnten. Differentialdiagnostisch wertvolle Besonderheiten scheinen diese Zustände nicht darzubieten; man findet Bewußtseinstrübung zuweilen nur leichteren Grades, Halluzinationen auf akustischem und auch auf optischem Gebiet, gewöhnlich einen ängstlichen Affekt und lebhafte psychomotorische Erregung. Die Dauer beträgt wenige Stunden bis zu mehreren Tagen. Wir sehen derartige Bilder gar nicht selten bei ausgesprochenen Fällen von Lues cerebri; wir sehen sie auch bei der Paralyse, wenn auch hier die Halluzinationen weniger hervortreten, und sie sollen lange Zeit der erkennbaren paralytischen Störung vorausgehen können, als Signal ähnlich wie Anfälle zu beurteilen seien. Es können also solche Zustände frühzeitig auf ein schwereres luetisch bedingtes Hirnleiden aufmerksam machen und man wird deshalb auf sie achten müssen. Sie genießen aber wohl kaum die Bedeutung einer besonderen, anatomisch charakterisierten Störung. Sehr schöne Fälle dieser Art hat Marcus in Stockholm beobachtet und er wird die Freundlichkeit haben, uns darüber zu berichten.

Nicht uninteressant ist es, die bei Herzkranken beobachteten psychotischen Erscheinungen einmal einer Betrachtung hinsichtlich einer möglicherweise vorliegenden luetischen Grundlage zu unterziehen. Es ist dies ein Gebiet, das psychiatrisch noch wenig erforscht ist, was zum Teil seine Ursache darin hat, daß solche Kranke selten aus den inneren Kliniken in die psychiatrischen verbracht werden. Auch hier handelt es sich um Verwirrtheitszustände, die mit Halluzinationen einhergehen, und man ist meist geneigt, sie mit Ernährungsstörungen der Hirnrinde infolge von Herzinsuffizienz in Zusammenhang zu bringen. Wäre dies die alleinige Ursache, so müßten sie wohl außerordentlich viel häufiger beobachtet werden. Es scheint nun, als ob solche Zustände vorwiegend bei der luetischen Aortitis zur Entwicklung gelangen; wir haben einige Fälle dieser Art gesehen, und das Material der v. Müller'schen Klinik spricht nach den noch nicht veröffentlichten Untersuchungen von Saathoff gleichfalls für diese Annahme. Es kann sich hier um ähnliche Beziehungen handeln, wie sie zwischen Aortenerkrankung und Tabes bzw. Paralyse bestehen, also um verschiedene luetische Lokalisationen, die nicht im Verhältnis von Ursache und Wirkung zueinander stehen.

Ganz besonders schwierig zu deuten sind weiterhin bei Luetikern auftretende Psychosen, die symptomatologisch den Phasen des zirkulären Irreseins, besonders manischen Erregungszuständen, ungemein ähneln können. Meist wird man bei derartigen Fällen an Paralyse denken müssen und die Abgrenzung der Paralyse von dem manisch-depressiven Irresein kann, wie Sie ja wissen, sich außerordentlich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwierig gestalten. Man sieht aber auch Fälle, bei denen man, zumal mit Rücksicht auf den weiteren Verlauf, von der Annahme einer Paralyse absehen kann, wo man sich dann lediglich vor die Frage gestellt sieht: ist die geistige Störung auf luetische Prozesse zurückzuführen oder gehört sie dem manisch-depressiven Irresein an. Manische Formen sind nach unseren Erfahrungen häufiger, depressive Zustände haben wohl geringere Bedeutung; die letzteren fordern eher die Differentialdiagnose der Paralyse heraus.

Die Fälle akuter manischer Erregung, die wir sahen, waren auf der Höhe der Psychosen nicht von echt manischen Bildern klinisch zu unterscheiden, insbesondere trugen die Produktionen keinerlei demente Züge. Größenideen kamen wohl vor, diese sieht man ja aber auch bei der echten Manie; sie sind, wenn sie nicht überaus grotesken Charakter tragen, für die Differentialdiagnose bedeutungslos. Man wird sich also auf andere Weise helfen müssen, die Dinge zu ergründen. Es braucht kaum darauf hingewiesen zu werden, daß man sorgfältig auf neurologische Anzeichen eines luetischen Hirnprozesses fahnden muß. Solche liegen immer vor, denn ohne sie wird man gar keinen Anlaß haben, an eine psychotische Störung auf luetischer Basis bei derartigen Fällen zu denken. Unsere Fälle hatten u. a. lichtstarre Pupillen, so daß wir uns lediglich darüber klar zu werden suchen mußten: ist die Psychose lediglich eine Kombination oder ist sie genetisch auf die gleiche Stufe zu setzen, wie die bestehenden syphilidogenen neurologischen Veränderungen. Da ist es nun einmal von größter Wichtigkeit, eine sorgfältige Anamnese hinsichtlich etwa früher zur Beobachtung gekommener zirkulärer Störungen anzustellen und weiterhin den Zeitpunkt der luetischen Infektion exakt zu ermitteln. Läßt es sich, wie uns dies in einem Fall gelang, feststellen, daß zirkuläre Störungen bereits vor der Infektion auftraten, so wird es natürlich als recht wahrscheinlich gelten dürfen, daß auch die nach der Infektion eintretenden manischen Psychosen dem manisch-depressiven Irresein zugehören. Weiterhin ist es von größter Wichtigkeit, darauf zu achten, ob etwa organische, auf Lues zurückzuführende Störungen sich kurz vor oder sogar während der Psychose erst ausbilden bzw. weiter entwickeln. So sahen wir eine scheinbar klassische manische Erregung sich bei einem Luetiker mit lichtstarren Pupillen entwickeln im Anschluß an einige kurzdauernde Anfälle mit Spracherschwerung. Ein anderer Kranker, der bei uns einen gleichfalls von einer echten Manie klinisch nicht unterscheidbaren Erregungszustand, von dem er völlig genas, durchmachte, hatte ähnliche Störungen schon einmal, und zwar fünf Jahre zuvor durchgemacht, und bei der ersten Erkrankung war nun die interessante Beobachtung gemacht worden, daß während der Psychose im Verlaufe etwa eines halben Jahres die vorher

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

prompt reagierenden Pupillen lichtstarr wurden. Gelingt es, solche Beziehungen zu ermitteln, was nicht immer leicht sein wird, so wirken sie ungemein klärend auf die Zusammenhänge. Auch hier wieder finden wir in der Serodiagnostik wichtige Unterstützung, indem sie uns einerseits die luetische Infektion objektiv nachzuweisen gestattet und uns durch das Verhalten der Spinalflüssigkeit mit einer größeren Wahrscheinlichkeit, die Abtrennung von der Paralyse ermöglicht.

Alles, was sonst an leichteren psychischen Störungen bei Syphilitikern gesehen wird, hat wohl kaum eine essentielle Beziehung zu der Infektion. Die Infektion kann als psychisches Trauma wirken und allerlei psychogene Störungen auslösen; schwere syphilitische Veränderungen, zumal langwierige Knochenprozesse, können wohl auch einmal eine nervöse Erschöpfung hervorrufen, aber es wird doch im allgemeinen der Syphilis zu viel aufgebürdet und es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß das, was bei ehedem Infizierten an Nervosität und Neurasthenie konstatiert wird, größtenteils in keiner Abhängigkeit zu syphilitischen Störungen des Zentralnervensystems steht.

Ganz besonderes Interesse verdienen weiterhin die Geistesstörungen der hereditär Luetischen. Im wesentlichen handelt es sich hier um die Heraushebung der psychopathisch Minderwertigen und der schwachsinnigen Kinder mit luetischer Ätiologie. Nach unseren Erfahrungen scheint die serodiagnostische Untersuchung hier vielfach der ätiologischen Aufklärung wesentliche Dienste leisten zu können. Wenn wir zuerst die verschiedenen Grade des Schwachsinns kurz berühren wollen, so werden wir unterscheiden müssen zwischen den kongenitalen und den auf Grund extrauterin ablaufender luetischer Hirnprozesse sich entwickelnden Schwachsinnsformen. Es scheint, als ob die Idiotie höheren Grades selten angeboren vorkommt, was ja wohl darin begründet ist, daß Früchte, die luetische Hirnprozesse in utero durchmachen, kaum je lebensfähig sind. Dagegen können, besonders im ersten und zweiten Lebensjahre, luetische Hirnerkrankungen, zuweilen unter relativ leichten äußeren Erscheinungen, einigen Krampfanfällen, die als Fraisen gedeutet werden, ablaufen und Verblödung herbeiführen, ohne daß man imstande ist, solche Formen mit Sicherheit von den kongenitalen zu trennen.

Ein nicht unerheblicher Prozentsatz schwachsinniger Kinder mit sogenannter zerebraler Kinderlähmung scheint gleichfalls der hereditären Syphilis zuzugehören. Auch im späteren Kindesalter können schleichende, auf luetischer Basis beruhende Verblödungsprozesse auftreten, die nicht mit der juvenilen Paralyse identisch sind. Zuweilen sieht man bei bereits schwachsinnigen hereditär-luetischen Kindern mit einem Male eine erheb-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liche weitere Abnahme des Intellekts eintreten, ohne daß deutlich erkennbare Symptome einer Hirnerkrankung sich zu erkennen geben. Solche Beobachtungen hat schon Fournier vor vielen Jahren gemacht, wobei ihm allerdings manchmal Verwechslungen mit juveniler Paralyse untergelaufen sind, die ja auch nach Alzheimer gar nicht selten bei bereits von Haus aus leicht schwachsinnigen Kindern zur Entwicklung kommt. Neben den vorwiegend intellektuellen Schwachsinnsformen trifft man in luetischen Familien auf die verschiedensten Spielarten leichter degenerativer Veranlagung und erheblicher psychopathischer Konstitution, anscheinend gar nicht selten auf einerseits nervöse, empfindliche und andererseits moralisch minderwertige, zum Kriminellen hinneigende Kinder. Uns sind bei unseren Nachforschungen viele Fälle derartiger psychisch gestörter Jugendlicher begegnet; es ist natürlich im einzelnen Falle schwer, selbst wenn die Wassermann'sche Reaktion positiv ausfällt und man mit Rücksicht hierauf auch behaupten kann, das betr. Kind ist selbst syphilitisch, hat nicht nur eine in vagem Zusammenhang mit der elterlichen Lues stehende Keimschädigung erlitten, eine sichere Beziehung der psychischen Mängel zur Lues zu finden. Man wird jedoch dahin streben müssen, und dies erscheint mir auch erreichbar, durch irgendwelche Merkmale erkennbare Typen hereditär-luetischer Psychopathen zu charakterisieren.

M. H.! Ich bin am Ende meiner Ausführungen. Es ließ sich im Rahmen dieses kurzen Referates mancherlei, was einer eingehenderen Würdigung wert gewesen wäre, nur andeuten. Im ganzen ist ein Überblick über das Gebiet nicht gerade geeignet, uns zufrieden zu stimmen. Nur Weniges ist gesicherter Besitz, das Meiste bleibt noch zu tun.

II. Vereinsbericht.

Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater.

(München, den 1. und 2. Juni 1909.)

Plaut und Alzheimer: Die syphilitischen Geistesstörungen.

a) **Plaut** (siehe Originalartikel).

b) **Alzheimer.**

Bei der anatomischen Untersuchung der luetischen Geistesstörungen ist es wichtig, nicht nur die Hirnrinde, sondern das ganze Zentralnervensystem einer Betrachtung zu unterziehen, denn häufig findet man im Rückenmark, im Hirn, an den Basalgefäßen Veränderungen, die für die Deutung der Rindenbefunde von großer Wichtigkeit sind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es gibt nicht eine, sondern verschiedenartige Formen syphilitischer Erkrankung des Gehirns, aber Formen, die in einzelnen Fällen ganz rein auftreten, sind in anderen gemischt miteinander; ihre Lokalisation ist herdförmig, wenn es aber auch gewisse Prädilektionsstellen gibt, so kommen doch außerordentliche Verschiedenheiten in der Anordnung vor, und die Herde können so vielfach sein, daß es sich schließlich doch um eine nahezu diffuse Erkrankung handelt. Die Prozesse können bald stürmisch verlaufen, bald ungemein chronisch sich entwickeln. All dies erklärt die außerordentliche Mannigfaltigkeit in der klinischen Erscheinungsform der syphilitischen Geistesstörungen.

Von manchen klinischen Bildern, die wir wahrscheinlich mit gutem Recht als syphilitische Geistesstörungen ansehen, z. B. von der Tabespsychose mit lebhaften Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen, fehlen noch anatomische Untersuchungen. Bei anderen Fällen haben sich Befunde erheben lassen, die noch schwerer zu deuten sind. Die übrigen Fälle lassen sich in drei Gruppen einteilen:

1. in gummöse,
2. in meningomyelitische,
3. in endarteriitische.

Die erste und zweite Form gehören eng zusammen, und die gummöse verdient nur deswegen eine gewisse Sonderstellung, weil hin und wieder Gummiknoten ziemlich isoliert vorkommen, Geschwulstgröße erreichen und Symptome des Hirntumors hervorrufen. In den meisten Fällen ist sie mit einer ausgebreiteten Meningomyelitis kombiniert.

Bei der syphilitischen Meningomyelitis unterscheidet man zweckmäßig zwischen den akuten und subakuten Fällen einerseits, und den schleichenden chronischen andererseits.

Jedenfalls beginnt die luetische Meningomyelitis an den weichen Häuten des Zentralnervensystems. Es kommt zu einer oft erhebliche Grade erreichenden Infiltration der Meningen mit lymphozytären Elementen und Plasmazellen bei gleichzeitiger Wucherung der bindegewebigen Zellen. Einzelne oder zahlreiche Riesenzellen finden sich dazwischen. Die Infiltration dringt in die Hüllen und Interstitien des Nerven und überschwemmt ihn schließlich völlig. Er kann dabei sich erheblich verdicken. Fettkörnchenzellen, die Begleiterscheinungen des Markscheidenzerfalles, zeigen an, daß er der Degeneration verfällt. Auch in die Wandungen der Gefäße dringen die infiltrativen Elemente ein und häufen sich in der Adventitia, Media bis in die Intima an. Schon vorher hat eine starke Wucherung der Intima begonnen. Sie kann zu einem vollständigen Verschluß des Gefäßes führen. Die Veränderungen in der Nervensubstanz selbst sind in weittragendem Grade abhängig von den Veränderungen in den Meningen. Wo diese am massigsten sind, ist auch die Infiltration der Lymphscheiden der darunter gelegenen Hirngefäße am stärksten und geht am tiefsten ins Nervengewebe ein. Schließlich kann es vollständig veröden. Viel seltener findet man Infiltrationsherde im Innern des Zentralnervensystems, die nicht mit den meningealen Veränderungen an irgendeiner Stelle in Zusammenhang stehen. Nicht selten liegen einzelne oder zahlreiche gummöse Herde in den meningealen Infiltrationen.

Auch beim Verschluß der Gefäße kann es zu ausgedehnten Erweichungen im nervösen Gewebe kommen. Seltener scheint mit den meningealen Infiltrationen eine starke Neigung zu Blutungen einherzugehen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Lokalisation der meningomyelitischen Veränderungen kann eine außerordentlich verschiedenartige sein. Immerhin ist die Basis des Gehirns, besonders der interpedunkuläre Raum, eine Lieblingsstelle. So gilt eine Beteiligung der Hirnnerven, besonders des Optikus und Okulomotorius, und der rasche Wechsel in der Beteiligung und in dem Grade der Schädigung der Hirnnerven, entsprechend dem raschen Wechsel in der Stärke der Infiltrationen, als besonders kennzeichnend für diese Form. Die Kranken zeigen dabei oft ein schlafsüchtiges, benommenes Verhalten, zeitweise auch ziellose Unruhe und delirante Zustände.

Besonders interessant sind die Fälle, in welchen die Meningitis in diffuser Weise über die Konvexität verbreitet ist. Was sie von der Paralyse unterscheidet, sind heftige Kopfschmerzen, zeitweilige, oft raschem Wechsel unterworfene Benommenheit und ein entschiedenes Krankheitsgefühl.

Diese akuten und subakuten Formen der Meningomyelitis sind schon am längsten klinisch und anatomisch bekannt, viel weniger die schleichenden, chronischen, die sehr vielfach verkannt und als Paralysen oder Arteriosklerosen diagnostiziert werden. Auch bei der Sektion werden diese Fälle oft noch nicht aufgeklärt, da die Infiltration der Meningen gering sein und leicht übersehen werden kann.

Mikroskopisch ist sie aber immer leicht festzustellen; dabei überwiegen die Plasmazellen manchmal sehr über die Lymphozyten. Eine Infiltration der Nerven war nachzuweisen, aber in keinem Falle beträchtlich. Dagegen sind gerade in der Adventitia der Gefäße die Infiltrationszellen oft sehr angehäuft. Diese Infiltration ist dann auch wieder von einer Wucherung der Intima begleitet. Ganz gewöhnlich kommt es dann auch zu regressiven Veränderungen in der Gefäßwand. Charakteristisch für die luetische Natur der Gefäßerkrankung ist die große Anhäufung von Infiltrationszellen in der Adventitia. Durch die regressive Gefäßwandveränderung kommt es leicht zu Blutungen.

Viele der einfach dementen Formen der Hirnlues gehören zu dieser chronischen Meningomyelitis. Die Herdsymptome, die weniger allgemeine Verblödung läßt sie oft von der Paralyse unterscheiden; von der gewöhnlichen Arteriosklerose das jugendliche Alter und die zuweilen beträchtliche Vermehrung der Zellen der Zerebrospinalflüssigkeit.

In ihren reinen Fällen sind histologisch sehr leicht von den meningomyelitischen Formen abzutrennen die endarteriitischen, da es Fälle gibt, in welchen nirgends in den Meningen eine Spur von Infiltration nachzuweisen ist und auch im Zentralnervensystem selbst Lymphozyten und Plasmazellen fehlen. Nur Mastzellen pflegen regelmäßig in reichlicherer Zahl vorzukommen. Auch hier muß man wieder zwei Formen unterscheiden: eine, bei der fast ausschließlich die größeren Arterien betroffen sind, und eine, bei der sich der Erkrankungsvorgang an den kleinen und kleinsten Gefäßen abspielt, während die größeren ganz normal sein können.

Auch bei diesen rein endarteriitischen Formen pflegt es nach einer anfänglichen Wucherung der Intima zu regressiven Veränderungen zu kommen, welche Blutungen und Erweichungen zur Folge haben. So kann die Differentialdiagnose gegenüber der Arteriosklerose schwierig sein. Aus den Veränderungen eines einzelnen Gefäßes ist sie auch oft nicht zu stellen. Meist sehen wir aber endarteriitische Wucherungen in demselben Gehirn sehr verbreitet, während

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

regressive Veränderungen nur an wenig Gefäßen zu konstatieren sind, oft begegnen wir auch daneben an einzelnen kleineren Gefäßen, herunter bis zu den Kapillaren, einer auffälligen Vermehrung und Vergrößerung der Gefäßwandzellen, wie das bei der Arteriosklerose nicht vorzukommen scheint.

Von besonderer Wichtigkeit für die Erkenntnis syphilitischer Geistesstörung sind dann die Fälle, welche lediglich mit endarteriitischen Veränderungen an den kleinen Gefäßen einhergehen, von denen Nißl zuerst einen Fall eingehender besprochen hat. Fischer hat jüngst gemeint, daß die Fälle noch zu vereinzelt seien, als daß sie die Aufstellung einer besonderen Form rechtfertigen, sowie daß auch ihre luetische Natur noch nicht feststehe. Nachdem ich jetzt zu den früher veröffentlichten noch sechs neue hinzufügen kann, dürfte wohl kaum mehr ein Zweifel bestehen, daß wir hier eine besondere Form luetischer Erkrankung vor uns haben. Wir sehen an den kleinsten Gefäßen der Hirnrinde, daß die Zellen der Intima und Adventitia sich wesentlich vergrößern und Kernteilungen eingehen. Schließlich zeigt sich die Gefäßwand aus sehr zahlreichen Zellen mit chromatinreichen Kernen und stark gefärbtem Plasma zusammengesetzt. Dabei kommt es auch zur Gefäßneubildung und zur Bildung sogenannter Gefäßpakete. Manche Kapillaren zeigen eine ganz enorme Erweiterung. Die Zelle wuchert stark, auch kommt es zur Bildung stäbchenzellenartiger Elemente mit länglichen Kernen und langen bipolaren Plasmastreifen und zu einer erheblichen Schädigung der Ganglienzellen. Daneben fehlen kleine Blutungen und Erweichungen selten.

So leicht die akuteren Fälle wegen des Reichtums von jungen plasmareichen Zellen in der Gefäßwand zu erkennen sind, die chronischen Fälle sind nicht immer ganz leicht abzutrennen. Hier scheint besonders charakteristisch die unregelmäßige Verteilung und die stellenweise starke Vergrößerung der Gefäßwandzellen, während sich statt des reichlicheren Plasmas oft stark pigmentierte lipoide Stoffe finden. Die klinischen Bilder sind ungemein verschiedenartig, je nachdem der Prozeß rasch oder langsam fortschreitet, auf enge Gebiete beschränkt oder mehr diffus ist. Ein Fall war für eine Epilepsie, einer für eine Katatonie, einer als Paralyse, zwei als stationäre Paralysen und nur einer als Hirnlues von den Ärzten diagnostiziert worden, die sie behandelten. Daraus sieht man am besten die Verschiedenheit der klinischen Erscheinung. Symptome von seiten der Hirnnerven und des Rückenmarkes fehlen hier häufig, ebenso scheint auch die Zellvermehrung in der Zerebrospinalflüssigkeit sehr gering oder fehlt ganz.

Zweifellos gehören von den Fällen von Hirnlues, in welchen die psychotischen Erscheinungen überwiegen, manche hierher, aber die Kasuistik bedarf noch einer weiteren Bereicherung.

Während die meningomyelitischen Formen zu dem Erreger der Lues in engerer Beziehung stehen dürften, spricht vieles dafür, daß es sich bei den endarteriitischen Formen um metasyphilitische Prozesse handelt.

Über die Zugehörigkeit gewisser Prozesse, welche der Enzephalitis zugerechnet werden müssen, zur Hirnlues muß noch weiteres Material gesammelt werden.

Schwer zu beurteilen sind vielfach auch diejenigen Veränderungen, die wir bei hereditär-luetischen Imbezillen und Idioten finden, da wir hier meist abgelaufene Prozesse, Narbenbildungen vor uns haben. Sicher sind einzelne Fälle

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als alte Meningomyelitis zu deuten, während in anderen Fällen große umschriebene Defekte auf Gefäßerkrankungen hinweisen.

Interessant ist schließlich noch, daß man offenbar in gar nicht so seltenen Fällen bei früheren Luetikern eine manchmal gar nicht unerhebliche Häufung von Lymphozyten und selbst Plasmazellen in den Meningen findet, wenn auch gar keine Erscheinungen einer nervösen oder kortikalen Erkrankung vorlag. Was dies bedeutet, läßt sich heute schwer sagen. Wahrscheinlich sind dies dieselben Fälle, bei denen man auch bei der Lumbalpunktion eine starke Zellvermehrung ohne nervöse Symptome beobachtet. Erst die Verfolgung des weiteren Schicksals solcher Fälle wird uns über die pathologische Bedeutung dieser Beobachtung aufklären können. (Autoreferat.)

Diskussion:

Nißl (Heidelberg) kann nicht so zuversichtlich über den Stand der Histopathologie der Hirnlues urteilen wie Alzheimer.

Ich unterscheide streng 1. entzündliche, 2. nicht entzündliche und 3. kombinierte Formen der Hirnlues. Unter den entzündlichen Formen verstehe ich alle diejenigen Formen, die durch ein zelliges Exsudat charakterisiert sind. Bei den nicht entzündlichen Formen fehlt dieses Exsudat. Bei den kombinierten Formen finden sich die Zeichen der entzündlichen und nicht entzündlichen Formen kombiniert. Das klassische Beispiel für letztere sind meningomyelitische Formen, bei denen neben den entzündlichen Erscheinungen Gewebsveränderungen vorkommen, die den nicht entzündlichen Formen eigenartig sind. Auch Paralysen mit solchen Gewebsveränderungen gehören hierher. Ebenso der Fall aus meiner Klinik, den Alzheimer demonstriert hat, der Fall mit den „hyalin"-veränderten Gefäßen, in deren Adventitia sich Riesenzellen fanden.

Zu den entzündlichen Formen der Hirnlues gehören Alzheimer's gummöse und meningomyelitische Formen, sowie die Formen mit basaler gummöser Meningitis. Diese Formen sind längst bekannt, sind aber trotzdem nicht sehr häufig. Alzheimer hielt die akuten und subakuten Formen der meningitischen Formen auseinander von den chronischen Formen. Wir sind Alzheimer zu Dank verpflichtet, daß er auf letztere aufmerksam gemacht hat und seine Angaben darüber mit überzeugenden Bildern illustriert hat. Dagegen bin ich mit Alzheimer nicht einverstanden bezüglich der Deutung der Veränderungen der großen Hirngefäße bei seinen chronisch meningitischen Formen. Ich wäre wenigstens nicht imstande, einen Teil der von ihm demonstrierten und als luetisch gedeuteten Gefäßveränderungen von arteriosklerotisch veränderten Gefäßen zu unterscheiden.

Inwieweit die Veränderungen der Hirngefäße, die als arteriosklerotische bezeichnet werden, auch mit der Syphilis in Beziehung stehen, ist eine Frage für sich. Ich glaube aber, daß es zur gegenseitigen Verständigung wesentlich beitragen würde, wenn die (Heubner'sche) luetische Erkrankung der großen Hirngefäße und die arteriosklerotischen Veränderungen scharf auseinander gehalten würden.

Bezüglich der ersteren herrscht noch immer keine Einigkeit. Gestatten Sie mir, über sie einige Bemerkungen, die natürlich mit dem Alzheimer'schen Referate nichts zu tun haben, denn Alzheimer weiß es ebensogut wie ich. Ich spreche nur von den Erkrankungen der großen Hirngefäße (die Erkrankung der Aorta steht auf einem anderen Brett). Die luetische (Heubner'sche) Erkrankung der Hirn-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gefäße etabliert sich, wie übrigens auch die Arteriosklerose, ausschließlich an Hirngefäßen mit mehreren Ringmuskellagen. Demnach gibt es weder eine luetische (Heubner'sche) Erkrankung der Hirnrindengefäße noch auch eine Arteriosklerose derselben. Was man unter luetischer Erkrankung der Rindengefäße und was man unter Arteriosklerose der Rindengefäße bezeichnet, hat weder mit der Heubner'schen noch mit der Arteriosklerose der Basisgefäße auch nur das geringste zu tun. Die Analogie zwischen der Lues der Hirngefäße und der Arteriosklerose derselben ist übrigens eine vollkommene. Wie sich nämlich die Hirnlues der größeren Hirngefäße (ohne spez. Rinden- bzw. Gewebserkrankungen) zur Arteriosklerose derselben (ebenfalls ohne Rinden- bzw. Gewebserkrankung) verhält, so verhält sich die luetische (nicht entzündliche) Rinden- resp. Gewebserkrankung zur arteriosklerotischen Rindenerkrankung. Bei beiden letzteren sind die Rindengefäßerkrankungen vordringlich, haben aber nichts mit der Heubner'schen Erkrankung und nichts mit der Arteriosklerose der größeren Gefäße gemein, wohl aber finden wir sowohl bei der luetischen und arteriosklerotischen Rindenerkrankung die größeren Gefäße im Sinne der Heubner'schen Erkrankung (immer?) resp. immer im Sinne der arteriosklerotischen Erkrankung verändert. Ich meine, man sollte als luetische (Heubner'sche) Erkrankung ausschließlich jene Gefäßerkranknngen bezeichnen, die durch eine primäre Intimawucherung charakterisiert sind und bei denen zweitens diese Intimawucherung mehr oder weniger herdförmig begrenzt ist und bei denen drittens dieser Intimawucherung jede regressive Tendenz abgeht. Tatsächlich kommen bei der Heubner'schen Form Blutungen selten vor (meist nur, wenn die Intimawucherungen zu Aneurysmen führen oder wenn gleichzeitig arteriosklerotische Veränderungen sich etabliert haben). Auch haben zellige Infiltrate nichts mit der luetischen Gefäßerkrankung zu tun. Wir finden allerdings sehr häufig zellige Infiltrate bei dieser Gefäßerkrankung, weil wir sowohl bei Gummigeschwülsten als auch bei der luetischen Meningitis die Gefäßerkrankung vorfinden. Dann wird das erkrankte Gefäß von der Gummigeschwulst und der Meningitis aus sekundär infiltriert.

Die immerhin relativ seltenen entzündlichen Formen sind es nicht, welche mich veranlaßt haben, das Wort zu ergreifen. Denn die entzündlichen Formen sind ja genügend bekannt. Der springende Punkt der Histopathologie der Hirnlues sind auch nicht die kombinierten Formen, sondern die nicht entzündlichen.

Ich unterscheide bei den nicht entzündlichen Formen, wie ich schon sagte, erstens die luetische (Heubner'sche) Erkrankung der größeren Hirngefäße ohne Erkrankung der Rinde oder richtiger des zentralen Gewebes. Letzteres kann natürlich infolge einer Verstopfung oder Obliteration selten infolge einer Blutung erkranken, aber nicht in spezifischer Weise. Und zweitens die nicht entzündliche luetische Rinden- resp. Gewebserkrankung.

Ich will Ihnen schildern, wie es mir ergangen mit dieser Erkrankung. Als ich vor 8 Jahren einen Fall von nicht entzündlicher Rindenerkrankung zur Sektion bekam (der Fall hatte auch noch anderweitige luetische Veränderungen und auch eine typische Heubner'sche Erkrankung der Basisgefäße), glaubte ich den Schlüssel zum Verständnis der nicht entzündlichen Erkrankung des zentralen Nervengewebes in der Hand zu haben. Besonders vordringlich waren eigenartige Veränderungen der Rindengefäße. Aber es waren auch die nervösen und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gliösen Bestandteile eigenartig verändert. Alzheimer hat Ihnen ja einen Schnitt demonstriert, der von diesem Fall stammt. Mit einem Wort, dieser Fall zeigte die Veränderungen in einem so anderen Grade, daß es nicht schwer fiel, den vorliegenden histopathologischen Befund als den Ausdruck eines Prozesses sui generis auf das schärfste zu charakterisieren. Schon einmal im Jahre 1872 war dieser Prozeß von Schüle beschrieben worden. Alzheimer hatte ebenfalls einen Fall zur Sektion erhalten, der denselben Prozeß darbot. Ich wollte im 2. Bande der histologischen und histopathologischen Arbeiten eine genaue Beschreibung dieses Prozesses geben. Ich mußte nur noch einige Fälle erst beisammen haben. Ich war nun bestrebt, Material von sicheren Fällen von Hirnlues zu sammeln. Nach und nach sammelten sich auch solche Fälle an. Aber es war nicht nur kein einziger Fall darunter, der den Prozeß meines Falles zeigte, sondern jeder Fall erwies sich anders, kurz, die Lage war trostlos. Selbstverständlich sagte ich mir, daß es auch Fälle geben wird, in denen die Veränderungen in nicht so ausgesprochenem Grade vorhanden sind. Allein ich konnte keinen Fall finden, bei dem die Veränderungen auch nur annähernd gleichartig, wenn auch in ganz geringem Grade ausgeprägt waren. Ich sagte mir weiter, daß vielleicht nur gewisse Veränderungen, z. B. die am meisten vordringlichen Gefäßveränderungen, vorhanden sein können. Dies erwies sich auch teilweise als richtig. Es sind unter meinen Fällen drei, bei denen ungefähr analoge Gefäßveränderungen nachzuweisen sind, doch nur in einem Fall deutlicher ausgesprochen. Mit den paralytischen Veränderungen kombiniert fanden sich ebenfalls solche Gefäßveränderungen. Ich versuchte sodann festzustellen, ob nicht doch irgendeine Gemeinsamkeit unter meinen Fällen zu finden war. Vielleicht in den drei ersten Fällen. Allein, wenn ich gefragt würde, ob ich diese Fälle als zusammengehörig erkennen würde, ohne daß ich wüßte, woher die mir vorgelegten Fälle stammen, würde ich wahrscheinlich nur den einen Teil mit den ausgesprochenen Gefäßveränderungen identifizieren.

Wenn ich sagte, ich kann den Stand der Histopathologie der Hirnlues nicht so zuversichtlich beurteilen wie Alzheimer, so berufe ich mich auf diese Erfahrungen. Alzheimer hat uns heute sehr schöne Bilder gezeigt. Aber der weitaus größte Teil seiner Bilder gehört den bekannten entzündlichen Formen an. Was er von der nicht entzündlichen Form gezeigt hat, war der kleinere Teil. Alzheimer nannte die nicht entzündlichen Formen die endarteriitische Form, welche ich, wie ich gezeigt habe, in zwei Formen zerlege: a) in die Lues der großen Hirngefäße ohne Gewebserkrankung und b) in die luetische Gewebserkrankung, die ebenso wie die entzündlichen Formen (immer?) mit der Heubner'schen Erkrankung kombiniert sein kann.

Von der ersten Form hat Alzheimer keinen Fall gezeigt. Was Alzheimer von der nicht entzündlichen Gewebserkrankung demonstriert hat, deckt sich mit meinem einzigen Fall. Der Prozeß, den dieser Fall zeigt, ist also zweifellos festgestellt. Alzheimer wird mir aber zugeben, daß solche Fälle nur ganz vereinzelt vorkommen. Demnach kann ich auch nach Kenntnis des Alzheimer'schen Referates mit denselben Worten schließen, mit denen ich meine Diskussionsbemerkungen zum gleichen Referat in Baden-Baden geschlossen habe: entweder ist die (nicht entzündliche) Form der Hirnlues als eine sehr seltene Krankheit, oder die Hystopathologie derselben ist durch so wenige sinnfällige Veränderungen charakterisiert, daß wir dieselben heute noch nicht kennen. (Autoreferat.)

Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Alzheimer (Schlußwort): Die Einteilung der luetischen Psychosen, die Nißl gegeben hat, deckt sich, wie ich glaube, vollständig mit der meinigen. Wenn er zwischen entzündlichen und nicht entzündlichen Formen unterscheidet, so ist dies dasselbe, als wenn ich die meningomyelitischen (entzündlichen) den endarteriitischen (nicht entzündlichen) gegenüberstelle, denn ich habe ja ausdrücklich hervorgehoben, daß ich die gummösen nur aus praktischen Gründen von den meningomyelitischen, zu denen sie histologisch gehören, abtrenne, weil das klinische Bild manchmal recht abweichend ist, wenn Tumorsymptome im Vordergrund stehen.

Daß die meningomyelitischen Formen die selteneren seien, kann ich für unser Material nicht zugeben, wenn ich die chronischen Fälle dazurechne. Nur um diese letzteren, oft verkannten Fälle genügend darzustellen, habe ich eine größere Zahl Bilder von der Meningomyelitis gegeben, nicht weil ich von der Endarteriitis nicht ebensoviele hätte demonstrieren können. Ich habe doch auch Bilder von zwei Fällen mit echter Heubner'scher Endarteriitis und von vier Fällen von Endarteriitis der kleineren Gefäße gezeigt.

Ein prinzipieller Widerspruch besteht zwischen Nißl und mir bezüglich der Zugehörigkeit regressiver Gefäßveränderungen zur Lues; indem Nißl alle regressiven Veränderungen zur Arteriosklerose gerechnet haben will, während ich behaupte, daß in den luetischen Gefäßen regressive Veränderungen sich ausbilden können, die wir dann zweckmäßiger zur Lues rechnen. Wenn ein junger Luetiker eine Apoplexie erleidet, wie wir das so häufig sehen, dann muß er wohl regressive Gefäßveränderungen haben, und wenn wir dann in einem solchen Gehirn neben zahlreichen Gefäßstellen, in welchen eine echte Heubner'sche Endarteriitis nachzuweisen ist, auch einige Stellen finden, wo daneben regressive Veränderungen sind, kann ich nicht einsehen, warum wir hier von einer Kombination von Lues und Arteriosklerose sprechen, warum nicht hier ein luetisches Gefäß sich regressiv verändert haben soll. Das gleiche gilt für die regressiven Veränderungen an den in meningitische Infiltrationen eingebetteten Gefäße. Ich habe doch ausgeführt und an Photogrammen gezeigt, daß auch an diesen regressiv veränderten Gefäßen Merkmale luetischer Erkrankung zu sehen sind.

In einer Reihe von Fällen allerdings finde ich an den Gehirnen früher Luetischer Veränderungen, die ich von der Arteriosklerose nicht unterscheiden kann. Ich habe diese Fälle auch nie zur Syphilis, sondern zur Arteriosklerose gerechnet. Meiner Überzeugung nach ist die Arteriosklerose überhaupt nur ein Sammelbegriff für verschiedenerlei regressive Gefäßveränderungen, und die Lues führt auch zu solchen. Ich weiß, daß ich hier in Widerspruch stehe mit anderen Auffassungen, aber keineswegs allein.

Nißl hat dann zugegeben, daß er einen ungemein typischen Fall von Endarteriitis der kleineren Gefäße gesehen hat, und noch einige wohl dahin gehörige, Schüle schon einen Fall vor ihm. Sie existiert also doch. Manche von meinen Fällen sind auch nicht so typisch, wie Nißl's erster Fall, er zeigte eben die Veränderungen in einer ganz besonders charakteristischen Weise. Aber ich habe keinen Zweifel, daß meine Fälle die gleichen sind, und die meisten Fälle sind an einigen Stellen ebenso charakteristisch. Da es sich häufig um herdförmige Erkrankungen handelt, habe ich allerdings zuweilen lange suchen müssen, bis ich diese Stellen gefunden habe.

Daß es Fälle gibt, die wahrscheinlich der Hirnlues zugehören, mit noch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

recht unklaren Befunden, habe ich erwähnt. Nirgends habe ich erklärt, daß die Hirnlues anatomisch geklärt sei. Doch bin ich der Meinung, daß in dem, was ich vorgetragen habe, ein Fortschritt unserer Erkenntnis gegeben ist. Ich kenne aber auch die großen Lücken, die noch auszufüllen sind. Allerdings hatte ich mir mehr die Aufgabe gestellt, hier über das zu referieren, was wir von der Hirnlues wissen, als über das, was wir nicht wissen, und ich kann Nißl nur dankbar sein, wenn er das, was ich vielleicht zu kurz gehalten habe, noch nachdrücklich betont hat. (Autoreferat.)

Markus (Stockholm): Über akute halluzinatorische Verwirrtheitszustände auf syphilitischer Basis.

Reiß (Tübingen): Zur Psychopathologie der Brandstifter.

Unter den Brandstiftern findet sich eine verhältnismäßig große Anzahl, bei der die Tat weder durch affektive noch durch intellektuelle Motive normal psychologisch begründet erscheint. Unter diesen läßt sich aber bei einem großen Teil aus der Persönlichkeit des Täters ein gewisses Verständnis für die Tat gewinnen, und so finden wir auch in der persönlichen Veranlagung Anhaltspunkte für eine vorläufige Gruppierung nach einzelnen Typen. Bei der ersten Gruppe handelt es sich um Racheakte auf ganz geringen Anlaß hin bei Menschen von ganz eigentümlichem Charakter, die man als Brandstiftertypus bezeichnen könnte. Lassen sich doch ähnliche Charakterzüge mehr oder weniger ausgeprägt bei fast allen Brandstiftern nachweisen, und zwar um so ausgesprochener, je weniger äußere Motive oder krankhafte Störungen uns ein Verständnis der Tat gestatten. In der Hauptsache handelt es sich um eine auffällige Verschlossenheit und einen Mangel an sozialer Anpassungsfähigkeit, der solche Menschen überall als verstockt und heimtückisch erscheinen läßt. Bei dem Gegensatze, in dem sie naturgemäß zu der Umgebung stehen, führen ihre starke Empfindlichkeit und ihre Unfähigkeit zu affektiver Entladung nach außen leicht zu einer hochgradigen gemütlichen Spannung, die sich dann in einem gefährlichen Racheakt entlädt: und bei ihrem Mangel an persönlichem Mute ist die Brandstiftung mit ihrer relativ geringen Gefährlichkeit für den Täter das gegebene Mittel. Ermöglicht sie doch, dem verachteten und mißliebigen Menschen die Allgemeinheit seiner Macht fühlen zu lassen. Solche Charaktere brauchen im übrigen durchaus nicht moralisch schwer defekt zu sein; es besteht im Gegenteil meist ein auffälliges Mißverhältnis zwischen der Persönlichkeit, der Tat und ihren Motiven. In ähnlicher Weise ausgeprägt findet sich die geschilderte Veranlagung noch bei einer verhältnismäßig seltenen Gruppe von Brandstiftern, deren stets erneuten Taten jedes äußere Motiv zu fehlen scheint, so daß wir durch die Analogie zu den sexuellen Perversitäten, bei denen wir allein ein derartiges Verhalten kennen, auf einen innigen Zusammenhang mit dem Triebleben, vielleicht auch mit geschlechtlichen oder diesen ähnlichen Lustgefühlen, hingewiesen werden. Die besondere Neigung zur Brandstiftung in der Pubertätszeit, während der Menses, sowie im Alkoholrausche, der bekanntlich die Geschlechtslust stark zu steigern pflegt, der häufig auffallend starke Geschlechtstrieb solcher Menschen, das gleichmäßige Auftreten von Brandstiftung und geschlechtlichen Verbrechen in epileptischen Dämmerzuständen deuten auf solche Beziehungen hin. Doch ist eine wirkliche Klärung dieser Fragen heute noch unmöglich.

Weniger ausgesprochen ist die geschilderte Charakterveranlagung bei den

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

übrigen Brandstiftern; doch finden wir hier, soweit nicht Geisteskrankheit (moralischer oder intellektueller Schwachsinn inbegriffen) oder äußere Motive die Tat erklären, abnorme gemütliche Veranlagungen. Einmal kann es sich um sehr reizbare und leidenschaftliche Menschen handeln, bei denen dann die Tat im schwersten Affekte oft unter Alkoholeinwirkung als richtige Augenblickshandlung zustande kommt. Oder aber ein hysterischer Charakter wird durch die Freude, eine Rolle spielen und andere in Angst und Schrecken versetzen zu können, zu stets erneuten Brandstiftungen verführt. Drittens handelt es sich bei einer großen Mehrzahl um jugendliche Individuen, meist weiblichen Geschlechts, bei denen Heimweh oder ähnliche Motive der Anlaß zu dem Verbrechen werden. Es sind weichmütige, ängstliche und vor allem ausgesprochen kindliche Persönlichkeiten, die zum erstenmal in der Pubertätszeit in eine fremde Umgebung, in abhängige Stellung gelangen und nun unter dem Drucke verzweifelten Heimwehs Feuer legen, da ihr eingeengter Gesichtskreis keinen anderen Ausweg zu finden vermag. Ähnliches kommt auch bei Erwachsenen mit entsprechender Veranlagung vor, bei den hysterischen oder ihnen nahestehenden Charakteren. Denn auch hier findet sich starke Labilität des Gemütslebens mit Neigung zu heftigen Gefühlsausbrüchen und völliger Abhängigkeit vom Augenblick. Zum Unterschied von den wirklichen Affekthandlungen haben wir es hier mit wohlüberlegten Taten zu tun, die nur dem Drange entspringen, um jeden Preis ein Ende zu machen, koste es, was es wolle, da die Kranken völlig unfähig sind, einer verzweifelt scheinenden Situation ruhig ins Auge zu blicken. Als Beleg für diese Gruppierung brachte Vortragender eine Reihe von Beispielen in kurzem Auszuge. (Autoreferat.)

Kraepelin: Demonstrationen.

Kraepelin zeigt zunächst vier Fälle von juveniler Paralyse, von denen der älteste 17 Jahre alt, aber schon seit dem siebenten Jahre erkrankt ist. Bei allen vier Kranken war die Wassermann'sche Reaktion in Blut und Spinalflüssigkeit positiv; außerdem fand sich Zellvermehrung in der Spinalflüssigkeit bis zu 278 Zellen im Kubikmillimeter. Auffallend war die Häufigkeit von Anfällen, die bei einem Kranken seit Jahren fast täglich, oft in sehr starker, statusartiger Häufung auftraten. In drei Fällen war lange Zeit hindurch der Babinski'sche Reflex deutlich auszulösen, was bei der Paralyse der Erwachsenen nicht gerade häufig ist; in zwei Fällen bestand Spitzfußstellung mit starker Dorsalflexion der großen Zehen, wie man sie bei längerem Fortbestehen des Babinski'schen Zeichens nicht selten beobachtet. Bei zwei Kranken ließ sich die Wassermann'sche Reaktion auch im Blute der Mutter und bei einzelnen Geschwistern nachweisen. Weiterhin wurde eine 32jährige Kretine mit allen Zeichen der Krankheit, Zwergwuchs, Myxödem, Fehlen der Schilddrüse, Nabelbruch, Lordose der Lendenwirbelsäule, Verdickung der Epiphysen, vorgestellt. Die Kranke hat etwas Lesen, Schreiben, Stricken und Nähen gelernt, zeigt aber bei allen Verrichtungen eine außerordentliche Verlangsamung der Bewegungen. Die Menses sind vorhanden. Daran schloß sich die Vorzeigung eines ausgeprägten Falles von mongoloider Idiotie. Zum Schlusse wurde ein Fall von schwerem Alkoholismus besprochen, in dem sich ein halluzinatorischer Schwachsinn nach einer ziemlich akut einsetzenden Geistesstörung entwickelt hatte, die in der Hauptsache als Alkoholwahnsinn bezeichnet werden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

konnte, aber auch eine Reihe von deliranten Zügen aufwies. Vortragender entwickelte im Anschlusse an diesen Fall und gestützt auf eine Reihe von sonstigen Erfahrungen die Anschauung, daß wir es im Delirium tremens, Alkoholwahnsinn und auch in der alkoholischen Form der Korsakow'schen Psychose nicht mit verschiedenen Krankheitsvorgängen, sondern nur mit klinischen Spielarten einer und derselben Krankheit zu tun haben. Er wies dabei namentlich auf die zahlreichen Mischformen zwischen Delirium und Halluzinose, auf das Vorkommen beider bei demselben Kranken in ausgeprägten und rudimentären Formen, endlich auf die ganz gleichen Ausgangszustände ungeheilter Fälle beider Erkrankungen hin. (Autoreferat.)

Diskussion:

Alzheimer würde sich schon deshalb gerne der Auffassung Kraepelin's über eine enge Zusammengehörigkeit des Alkoholdelirriums und der Alkoholhalluzinose anschließen, weil sie die für unsere bisherige Betrachtungsweise auffällige Tatsache etwas erklärlicher erscheinen lassen würde, daß ein ätiologisches Moment, der Alkohol, ganz verschiedenartige psychische Störungen verursacht. Aber wenn er auch zugeben muß, daß in München Fälle recht häufig sind, welche man als Mischformen zwischen Delirium und Halluzinose ansehen muß, so scheinen doch in Gegenden, in welchen viel Schnaps getrunken wird, Fälle, welche das Delirium in reicher Form zeigen, ungemein häufig neben Fällen, die ebenso rein das Bild der Halluzinose darbieten und Mischformen recht selten. Dazu kommt noch der Unterschied in der Dauer beider Erkrankungen, die weitaus überwiegende Mehrzahl der Delirien läuft in ganz regelmäßiger Weise in wenigen Tagen ab, während sich die Halluzinose, von einzelnen abortiven Fällen abgesehen, Wochen und Monate hinzieht. Das scheint ihm für einen tieferen Unterschied zwischen beiden Erkrankungen und gegen Kraepelin's Auffassung zu sprechen. (Autoreferat.)

Kraepelin (Schlußwort) bemerkt gegenüber diesen Einwendungen, daß er selbstverständlich nicht die auffallenden Unterschiede im Krankheitsbilde wie im klinischen Verlaufe zwischen den lehrbuchmäßig verlaufenden Fällen von Delirium tremens und Alkoholwahnsinn leugne. Allein bei der Prüfung einer großen Zahl von Krankheitsfällen zeige sich, daß die Grenzen durchaus keine so scharfen seien, wie es bei Gegenüberstellung der typisch ausgebildeten Formen den Anschein habe. Gewiß müsse es seine Ursachen haben, warum das eine Mal das eine, ein anderes Mal das andere Krankheitsbild zustande komme, aber bisher seien unsere Bemühungen, bestimmte ätiologische Verschiedenheiten aufzufinden, gänzlich ergebnislos geblieben; wir wissen nur, daß beide Bilder ausschließlich auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entstehen. Nun kennen wir aber auch bei anderen Erkrankungen solche Unterschiede in der Gestaltung der einzelnen klinischen Bilder, ohne daß wir an der Gleichartigkeit des ursächlichen Krankheitsvorganges zweifeln. Dahin gehört namentlich die Epilepsie. Hier haben wir nebeneinander Krampfanfälle mit völligem Bewußtseinsverlust, delirante Zustände mit erheblicher Bewußtseinstrübung und endlich die sogenannten besonnenen Delirien ohne auffallendere Störung im gesamten äußeren Verhalten; diesen Unterschieden im klinischen Bilde entsprechen solche des Verlaufes. Natürlich müssen wir hier annehmen, daß die Grundursache der Epilepsie in den verschiedenen Fällen etwas verschieden einwirkt, handle es sich nun um eine verschiedene Stärke, Ausbreitung oder Lokalisation des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankheitsvorganges. Ähnliche Überlegungen könnten wohl geeignet sein, auch die Verschiedenheit der alkoholischen Psychosen unserem Verständnisse näher zu bringen, wenn sich die Annahme bestätigen sollte, daß ihnen ein einheitlicher Krankheitsvorgang zugrunde liegt. (Autoreferat.)

Vocke (Eglfing): Bemerkungen zur psychiatrischen Reichsstatistik.

Vortragender ist der Ansicht, daß das seit vielen Jahren immer noch im Gebrauch befindliche Zählkartenformular für die heutigen Erfordernisse einer wissenschaftlichen Statistik wertlos ist. Er erinnert an die Worte Pelmann's auf der Frankfurter Versammlung deutscher Irrenärzte im Jahre 1881, daß neue Zeiten neue Fragen bringen, und daß uns eine falsche Pietät nicht abhalten soll, das Veraltete zu beseitigen.

Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte der heutigen Zählkarte, welche einer Anregung des französischen Psychiaters Lünier auf dem Internationalen Kongreß für Psychiatrie zu Paris (1867) ihre Entstehung verdankt, und die im Laufe der Zeiten wiederholt abgeändert worden ist, begründet der Vortragende an der Hand des Formulars und der dazu in Bayern vorgeschriebenen Tabellen seine Ausstellungen und beantragt die Wahl einer Kommission, welche bis zur nächstjährigen Versammlung positive Vorschläge ausarbeiten soll. Da der Deutsche Verein für Psychiatrie im Jahre 1910 erst im September tage, könnte diesem eventuell noch im kommenden Jahre ein Antrag auf Abänderung des Zählkartenformulars unterbreitet werden. Dies erscheine wünschenswert, da die Geschichte der Zählkarte lehrt, daß jede Änderung jahrelange Verhandlungen im Verein und mit den Behörden erforderte. (Autoreferat.)

Kleist (Erlangen): Über psychomotorische Erregungszustände.

(Wird in einer ausführlichen Abhandlung im Verlage von Klinkhardt in Leipzig veröffentlicht.)

Rein (Landsberg a. W.): Lese- und Schreibstörungen bei Aphasie.

Vortragender geht bei seinen Betrachtungen lediglich auf diejenigen Lese- und Schreibstörungen bei Aphasie ein, die direkt durch Zerstörung der Sprachbahn bedingt sind. Er geht aus von einem Fall von Leitungsaphasie im Sinne Wernicke's, den er gemeinsam mit Foersterling in der Anstalt zu Landsberg beobachtet hat[1]). Es fand sich dabei: Sprachverständnis erhalten; Spontansprache teilweise fließend und gut, teilweise paraphasisch. Wortamnesie: Nachsprechen erheblich gestört; Lesen fließend, laut und mit Verständnis; Spontan- und Diktatschreiben bis auf Namen und Heimat des Patienten paragraphisch, und zwar verbale Paragraphie; Abschreiben von Druck- und Kurrentschrift ohne Störung.

Nach einer kurzen Erörterung über den physiologischen Vorgang des Lesens, das sich aus einer optischen und sprachlichen Komponente zusammensetzt, gibt Vortragender unter Bezugnahme auf in der Literatur veröffentlichte Fälle (Kußmaul, Monakow, Liepmann u. a.) eine Zusammenstellung der sprachlichen Lesestörungen, wie sie bei den verschiedenen Formen der Aphasie (Einteilung nach Wernicke) vorkommen:

[1]) Wird anderweit ausführlich veröffentlicht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. subkortikale sensorische Aphasie: Lesen intakt,
2. kortikale sensorische Aphasie: Leseverständnis stets gestört; meistens auch das „Lautlesen"; in einzelnen Fällen können die Patienten laut vorlesen, aber ohne Verständnis für das Gelesene,
3. subkortikale motorische Aphasie: Leseverständnis erhalten, Lautlesen gestört,
4. kortikale motorische Aphasie: Leseverständnis teilweise gestört, entsprechend dem Grade der mnestischen Sprachstörung; Lautlesen gestört,
5. transkortikale Aphasie, sensorisch und motorisch (soweit letztere nicht zur Leitungsaphasie zu rechnen ist): Leseverständnis soll aufgehoben, Lautlesen erhalten sein (hypothetisch),
6. Leitungsaphasie: Leseverständnis meist erhalten, mit oder ohne Fähigkeit des Lautlesens; mitunter auch völlige Alexie,
7. totale Aphasie: völlige Alexie.

Schreibstörungen, die lediglich durch Unterbrechung der Sprachbahn verursacht sind, sind in reiner Form ziemlich selten; entsprechend den verschiedenartigen Vorstellungen, die beim Schreibakt in Tätigkeit treten (optische, sprachliche, cheirokinästhetische), sind auch die Schreibstörungen meist komplizierterer Art (besonders apraktisch); auch kommt ja beim Schreiben die Mitwirkung der rechten Hemisphäre viel mehr in Betracht. Die Störungen an den sprachlichen Schreibkomponenten sind folgende:

1. subkortikale sensorische Aphasie: Spontan- und Abschreiben erhalten, Diktatschreiben unmöglich,
2. kortikale sensorische Aphasie: verbale Agraphie, und zwar literale Paragraphie beim Spontan- und Diktatschreiben, Namen werden ev. noch richtig geschrieben; Abschreiben bis auf ein Nachmalen einzelner Buchstaben unmöglich,
3. subkortikale motorische Aphasie: meistens Agraphie, doch sind einige wenige Fälle bekannt ohne jede Schreibstörung,
4. kortikale motorische Aphasie: Agraphie (ev. nur Paragraphie) bei Spontan- und Diktatschreiben; Abschreiben meist erhalten,
5. transkortikale sensorische und motorische Aphasie: Spontanschreiben unmöglich; Diktat und Abschreiben soll erhalten sein (hypothetisch),
6. Leitungsaphasie: verbale Paragraphie bei Spontan- und Diktatschreiben; Abschreiben meist erhalten,
7. totale Aphasie: Agraphie.

Auf Grund dieser Zusammenstellung und der daran angeschlossenen Erörterungen kommt Vortr. zu folgenden Schlußsätzen: Zum Leseverständnis gelangen wir mit Hilfe der Sprachzentren; dabei ist das Wortklangzentrum absolut notwendig, das Wortbewegungszentrum spielt nur eine untergeordnete Rolle, durch kinästhetische Erregung des Begriffes. Lautlesen folgt bei den meisten Menschen auch über beide Sprachzentren, doch gibt es gewisse Individuen von mehr visueller als akustischer Veranlagung, die auf einer direkten Bahn vom optischen Zentrum zum Sprechbewegungszentrum laut lesen können, aber nur mechanisch, d. h. ohne Verständnis für das Gelesene.

Ein besonderes Rindenzentrum fürs Lesen (ev. im Gyrus angularis) ist ebensowenig anzunehmen, wie ein besonderes Rindenzentrum fürs Schreiben (ev. im Fuß der 2. Stirnwindung).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zum Spontan- und Diktatschreiben ist Intaktheit sowohl des Wortklangs- als des Wortbewegungszentrums, sowie auch der Verbindung zwischen beiden notwendig. Die seltenen Fälle von motorischer Aphasie ohne Agraphie müssen erklärt werden durch eine seltene individuelle Unabhängigkeit des Schreibens vom sprechmotorischen Wort (Liepmann). Abschreiben kann ohne das Sprechbewegungszentrum erfolgen, doch ist zu einem Übertragen von Druckschrift in Kurrentschrift Intaktheit des Wortklangzentrums notwendig, d. h. Leseverständnis.

G. v. Hößlin (Eglfing): Beiträge zum Verlauf und Ausgang des manisch-depressiven Irreseins.

Zendig: Beiträge zur Differentialdiagnose der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins auf Grund katamnestischer Forschungen. (Aus der Kraepelin'schen Klinik.)

Heute möchte ich nur folgendes vorläufig mitteilen. In den Jahren 1904 bis 1906 sind 468 Fälle von Dementia praecox in die Münchener Klinik aufgenommen worden. 9,01 % dieser Fälle waren nicht mehr auffindbar, 10 % waren gestorben, 29,8 % der Fälle lebten zu Hause, z. T. im Berufe, z. T. in der Familie, jedoch sozial unauffällig. Fast alle diese Fälle habe ich persönlich aufgesucht und eingehend untersucht. Dabei hat sich herausgestellt, daß auch nicht ein einziger von diesen Fällen der Diagnose Dementia praecox standgehalten hat. Es handelt sich vielmehr durchweg um Fehldiagnosen. Die meisten Fälle gehören zum manisch-depressiven Irresein. Die meisten Fehldiagnosen sind durch die unrichtige Bewertung der sogenannten katatonen Symptome bedingt. Die Diagnose der Dementia praecox ist also einzuschränken. Die Prognose ist durchaus ungünstig zu stellen. Unter den untersuchten 468 Fällen befindet sich keiner, der als geheilte, auch nur als sozial unauffällige Dementia praecox zu bezeichnen wäre. Im übrigen verweise ich auf die demnächst erfolgende ausführliche Publikation. (Autoreferat.)

Chr. Müller (München): Untersuchungen über den statischen Tremor. (Zu kurzem Referate nicht geeignet, erscheint ausführlich.)

Kraepelin: Demonstration von Kinematogrammen.

Um die Bedeutung der seit Jahren von Weiler in der psychiatrischen Klinik in München aufgenommenen Kinematogramme für den klinischen Unterricht zu zeigen, wurden ausgewählte Aufnahmen vorgeführt. Da die wesentliche Bereicherung des Anschauungsunterrichts durch den Kinematographen in der Wiedergabe von Anfällen besteht, wurden zunächst paralytische, epileptische und hysterische Anfälle vorgeführt. Bei dem relativ seltenen Vorkommen typischer Alkoholdelirien in München schien auch die Aufnahme eines derartigen Kranken wertvoll, deren Vorführung folgte. Aufnahmen von Choreatischen folgten, endlich solche von zwei manischen Kranken. Der erste hat mehr theoretisches Interesse, indem er einen erregten Kranken zeigte, der die sonderbaren Haltungen einnahm, wie man sie sonst nur bei katatonischen Kranken zu sehen gewohnt ist. Die letzte endlich illustrierte die Behandlung im Dauerbad. (Autoreferat.)

Isserlin.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Bibliographie.

Wilhelm Lange (Tübingen): Hölderlin. Eine Pathographie. Mit zwölf Schriftproben und einer Stammtafel. Stuttgart, Enke, 1909. 223 S.

Den Bemühungen, hervorragende Persönlichkeiten der Kunst und Wissenschaft psychiatrisch zu begutachten, haben wir bisher noch wenig Brauchbares zu danken. Kaum gibt es Arbeiten, an die wir höchste Anforderungen stellen können — auch Möbius genügt unseren Ansprüchen noch nicht: er hat einerseits sein Material oft nicht mit der erforderlichen Vollständigkeit beherrscht und andererseits oft allzu persönlichem Verlangen Raum gegeben. In der letzten Zeit jedoch sind eine Reihe pathographischer Studien erschienen, die durch die Oberflächlichkeit und Unfähigkeit ihrer Verfässer eigentlich jeder Beschreibung spotten. Gegen diese Arbeiten bildet Lange's Hölderlin nun ein höchst erfreuliches Gegenstück. Was sein Buch vor allem auszeichnet, ist die außerordentliche Gründlichkeit, mit der er sein Material behandelt, die vollkommene Beherrschung des Stoffes. Wenn ein Urteil darüber, ob L. denn wirklich nichts übersah, sondern alle Momente Hölderlin'schen Lebens und Schaffens berücksichtigte, eigentlich nur einem ganz genauen Kenner des Dichters zusteht, so gewinnt man doch aus den Einblicken, die uns L. in seine Arbeitsweise tun läßt, die Überzeugung, daß er gar nichts Wesentliches übersehen konnte. — Das Buch wendet sich nicht allein an den Fachmann, sondern an weitere Kreise, und L. sieht seine Aufgabe nicht nur darin, die Krankheitsgeschichte eines bedeutenden Menschen zu bringen, sondern dem Literarhistoriker ein sachverständiges Gutachten an die Hand zu geben. L. verkennt nicht, daß seine Arbeit dadurch an Übersichtlichkeit etwas verliert, er unterbricht z. B. seine Darstellung durch ein allgemeines Kapitel „Geistesgesundheit und Psychopathie“ und ein anderes über die Katatonie, dem er sogar Schriftproben eines anderen Kranken anfügt. Doch hat er dadurch den Vorteil, auch Nicht-Fachleuten verständlich zu werden und besonders auf die Literarhistoriker wirken zu können, die zum großen Teil (wie L. ausführlich darlegt) die fraglichen Probleme von einer ganz verkehrten Seite her angreifen. — L. schildert uns nicht nur genau das Leben Hölderlin's, seine psychopathische Veranlagung und Reaktion auf die äußeren Ereignisse, sein Verhalten in der 42jährigen Katatonie, seine Umwelt und seine Familie, sondern er sucht seine besondere Aufgabe darin, an seinen Werken das Krankhafte zu erweisen. Hierin liegt wohl sicherlich der schwierigste Teil der Aufgabe des Pathographen, denn welcher Irrenarzt ist so leicht in der Lage, über das Wesen einer bestimmten Zeit, über literarische Momente, über die Einflüsse, die auf eine historische Persönlichkeit wirkten, so gut Bescheid zu wissen, daß er seine endgültige Meinung aus dem Gegeneinander-Ausspielen von literarischem und psychiatrischem Wissen gewinnt. Obwohl sich nun L. redlich um alle diese Fragen bemüht hat, würden wir doch vielleicht in diesen Teilen seiner Arbeit manche Meinung lieber etwas vorsichtiger formuliert, objektiver begründet sehen, z. B. seine Anschauung über romantische Bewegungen als Massenepidemien. — L. setzt sich ferner nicht nur mit den bisherigen Ansichten der Fachgenossen über Hölderlin's Krankheit auseinander, sondern er

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

berücksichtigt die Meinung aller Literarhistoriker, die sich über diesen Gegenstand äußerten. Gerade dieser Teil seines Buches ist von besonderem Interesse. Wir sehen, wie selten sich ein Geschichtsschreiber findet, der ganz frei von moralischer Beurteilung das rein Tatsächliche aufzeigt. Die meisten stehen auf dem ganz verkehrten Standpunkt, ähnlich dem Windelband's, daß Hölderlin an seiner Sehnsucht nach einer universellen Bildung, also an einer Zeitkrankheit, zugrunde gegangen sei. Wie nötig es ist, daß sich in diesen Fragen der literarische Sachverständige dem psychiatrischen unterzuordnen habe, beweist Lange in manchen wertvollen Einzelheiten. In einem besonderen Kapitel: „Wert und Wirkung des psychisch Abnormen", geht er einer Fülle allgemeiner Probleme nach, berührt vor allem die Frage nach Genie und Abnormität und äußert hierbei Anschauungen, die leider über den Kreis der Fachgenossen noch kaum hinausgedrungen sind, die hier aber gerade an einer Stelle stehen, wo sie ins Weite zu wirken vermögen.

Ein einziges Bedenken über die Form der Lange'schen Arbeit soll nicht unterdrückt werden; der lesende Laie wird vielleicht zuweilen mitten in der Erörterung allgemeiner Probleme durch spezielle medizinische Bemerkungen etwas erschreckt werden. So z. B. durch Sätze wie: „Masturbation ist seiner ganzen Naturanlage nach ziemlich wahrscheinlich; doch hat dies wenig zu sagen", oder „Gonorrhöe und Ulcus molle sind lokale Erkrankungen" usw. Der lesende Kritiker wird vielleicht an einigen etwas naiven oder derben Sätzen Anstoß nehmen: „eine eigentümliche Chamäleonsnatur charakterisiert endlich die Romantik", oder „vielleicht sind viele nur deshalb Pfarrer oder Juristen oder gewandte Kaufleute geworden, weil sie gern sprachen" usw.

Es ist sicher, daß wir L. eine der allerbesten Pathographien verdanken, die bisher geschrieben worden sind. Gruhle (Heidelberg).

Conrad Rieger: Über Apparate in dem Hirn. Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Herausg. von Reichardt. Jena 1909, Fischer.

Mancher wird das vorliegende Buch Rieger's aus der Hand legen, ehe er wirklich in seinen Inhalt eingedrungen ist, durch die eigenartige Form zum mindesten nicht angezogen. Und dies ist zu bedauern; denn jeder, der sich mit psychopathologischen Fragen beschäftigt, wird darin eine Reihe von Anregungen finden.

Die psychischen Vorgänge lassen sich nach Rieger als die Funktionen zweier gesonderter Apparate im Hirn betrachten, eines sprachlich-begrifflichen und eines räumlich-sachlichen, die normalerweise, wenn auch häufig in verschiedener Stärke, zusammenarbeiten. „In abnormen Hirnen sind sie dagegen oft stark getrennt und auseinandergerissen." An zahlreichen Beispielen werden in dem Rieger'schen Buche die verschiedenartigen Störungen der Funktion der beiden Apparate und die gegenseitige Beeinflussung unter pathologischen Momenten behandelt. Rieger legt dabei seinen Ausführungen die Unterscheidung zwischen Legato- und Staccatovorgängen zugrunde, Begriffe, die er schon in einer früheren Abhandlung in die Psychopathologie einzuführen versucht hat. Der Unterschied zwischen den Legatovorgängen im Hirn, dem fortlaufenden als Ganzes imponierenden Geschehen und den Staccatovorgängen, bei denen wir uns des Zusammengesetzten und Teilbaren immer mehr oder weniger deutlich bewußt werden, tritt uns besonders bei den psychopathologischen Phänomen oft genug vor Augen. Die Überlegung, wie weit man „das sprachliche Staccato" teilen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kann, führt zu dem Ergebnis, daß das Atom des Sprechens der Sprechlaut ist, der keineswegs mit den Buchstaben zusammenfällt. Rieger sucht dann die Zeiten, die für einen Staccato- und einen Legatovorgang notwendig sind, zu bestimmen. Auf die Sekunde kommen 15 Legatostöße und 4 Staccatostöße. Aus Versuchen mit Nachsprechen von einfachen und komplizierten Silben schließt er, daß die Zusammenstellung von Silben im Gehirn immer die gleiche Zeit erfordert, mögen sie einfach oder kompliziert sein, und folgert daraus das „Gesetz des Silbenlegato": Was in eine Silbe zusammengefaßt werden kann, das schließt in dem Hirn unmittelbar aneinander. Und es ist gleichgültig, ob es eine gewohnte Silbe ist oder eine ungewohnte. In dem Hirn sind nicht fertige Silben fixiert, die wie eine Taste angeschlagen würden, sondern die Sprechlaute werden jedesmal erst in den Silben susammengestellt. Aber für alles, was sich zu einer Silbe ohne weiteres zusammenfügt, sind die Widerstände sehr gering. Die Zusammenstellung geschieht so schnell, daß es scheint, als wäre sie vorher schon fertig gewesen. Man darf aber bloß eine Disposition und eine Tendenz annehmen, nicht etwas Fertiges und Fixiertes.

Die Bedeutung des Legato und Staccato kommt deutlich bei der Umwandlung von Legato- in Staccatovorgänge und umgekehrt, beim Zerlegen in die Teile und beim Zusammensetzen aus den Teilen, zum Ausdruck. Von diesem Gesichtspunkte aus bespricht Rieger eine große Reihe von Erscheinungen aus dem Gebiete der Aphasie, Apraxie und den Störungen des Erkennens. Ich muß mich hier mit der Wiedergabe des Wenigen aus dem Gebiete der Sprache, das ich erwähnt habe, begnügen und kann im übrigen nur auf die Arbeit selbst verweisen, die eine Fülle einzelner interessanter Beobachtungen enthält, die vom Autor auf Grund seiner Anschauungen in vielfach neuer eigenartiger Weise beleuchtet werden. Das Legato und Staccato kann in prinzipiell doppelter Beziehung gestört werden: „Bei der Zügellosigkeit eines Hirnapparates kommt es zu einem zwangsmäßigen Legato, dabei kann man nichts auseinandernehmen; bei einfacher Schwäche eines Hirnapparates ist das Legato mangelhaft. Dabei kann man nichts zusammenbringen. In den abnormen Hirnapparaten ist ein beständiger Wechsel zwischen beiden Zuständen. Ein und derselbe Apparat kann in dieser Minute nichts auseinandernehmen und in der nächsten nichts zusammensetzen. Die normalen Hirnapparate dagegen sind deshalb brauchbar, weil in ihnen jederzeit mit Freiheit und Sicherheit zusammengesetzt und auseinandergenommen werden kann." Diese Freiheit und Sicherheit garantiert ein Lenk- und Stellapparat, der nach Rieger den beiden erwähnten Apparaten übergeordnet ist. Mit diesem geschieht das Vorsätzliche in dem Sinne, daß entweder aus eigenem Willen oder auf Kommando eines anderen das, was geschehen soll, vorher bestimmt ist. Unter krankhaften Umständen verliert dieser Apparat seinen Einfluß auf den räumlich-sachlichen oder den sprachlich-begrifflichen Apparat, die Kranken sind dann nicht mehr imstande, manches mit Absicht zu leisten, was „nach Zufall" noch gelingt.

K. Goldstein (Königsberg i. Pr.).

H. Lavrand: Rééducation physique et psychique. (Physische und psychische Neuerziehung.) Paris, Bloud & Cie., 1909. 121 S.

Verf. will die Begründung und Methodik der Neuerziehung geben, wie sie auf verschiedene organische und funktionelle Störungen Anwendung findet. Der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erste Teil der Schrift behandelt die psycho-physiologischen Vorbedingungen der Erziehung überhaupt. Ist es schon ein gewagtes Unternehmen, ein solches Problem auf 44 Seiten abzuhandeln, so hat Verf. sich dasselbe noch erschwert, indem er bis auf Descartes und die Frage der Beziehung von Leib und Seele zurückgreift. Dementsprechend ist dieser Abschnitt von einer geradezu naiven Oberflächlichkeit und auch voller gröbster Denkfehler; z. B. glaubt Verf., daß der Determinismus jede Möglichkeit, eine Erziehung zuzugeben, ausschließe u. a. m. Der zweite Abschnitt handelt von den einzelnen Anwendungen der Neuerziehung; zunächst auf die Psyche bei Hysterikern, wobei Verf. wiederum die tiefsten Probleme aufrollt, etwa der Beziehung des Denkens zur Motilität; als Regel stellt Verf. auf: so handeln, als ob man die gewünschten Gefühle und Gedanken wirklich hätte. Aus dem Gebiete der Motilität behandelt Verf. die tabische Ataxie (Übungsbehandlung, ohne aber Frenkel zu erwähnen), Lähmungen und Tiks. Ferner Aphasie, Taubheit, nervöse Verdauungsstörungen (die falschen Gastropathien Déjérine's), endlich respiratorische und Zirkulationsstörungen. Die ganze Schrift ist in ihren einzelnen Teilen aus den Arbeiten Dubois', Meige's u. a. zusammengetragen. Das Thema wäre interessant und wichtig genug; es bedarf aber einer gründlichen und originaleren Bearbeitung, als ihm Verf. hat zuteil werden lassen. Allers (München).

IV. Referate und Kritiken.

Psychologie und Verwandtes.

N. Ossipow: Komplexpsychologie und Assoziationsexperiment nach den Arbeiten der psychiatrischen Klinik in Zürich. Sammelreferat. (Korsakow'sches Journal für Neuropathologie und Psychiatrie 1908, Bd. VI, 54 S.)

N. Ossipow (Oberarzt der psychiatrischen Klinik der Universität zu Moskau) gibt in seinem (russischen) Referat eine gründliche kritische Darstellung der Arbeiten von Bleuler und Jung, die sich mit der Psychologie der Komplexe und dem Assoziationsexperiment befassen (mit Berücksichtigung der in der Literatur erschienenen kritischen Bemerkungen).

Der Verfasser spricht die Meinung aus, daß, obwohl die Komplexpsychologie zurzeit noch nicht völlig ausgebaut sei, sie doch den Beobachtungen entspreche und daß man sich mit deren Hilfe über die psychischen Vorgänge gut orientieren könne.

Das Assoziationsexperiment, nach der Methode der Züricher Klinik durchgeführt, sollte seiner Meinung nach eine stärkere Verbreitung erlangen und könne große Dienste beim Eindringen in die Psyche der Geisteskranken leisten.

Gestützt auf seine eigenen Beobachtungen kommt Verfasser zu dem Schlusse, daß die psychologische Untersuchung der Geisteskranken im Sinne der Züricher Schule eine unentbehrliche Ergänzung zu den anatomischen und klinisch-nosologischen Forschungen bilde. Ginsburg (Zürich).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

R. Turro (Professor in Barcelona): Die Psychologie des Gleichgewichts.
(Journal f. Psychologie u. Neuralgie, Bd. XII, 1909.)

Bei Lageveränderungen wird das Verhältnis von Muskelspannung und -erschlaffung nach einem Plane geordnet, bei dem das Bewußtsein des gegenwärtigen und des folgenden Gleichgewichtszustandes beteiligt ist. Balanciert man eine Bewegung durch eine Gegenbewegung oder eine Muskelkontraktion von bestimmter Stärke aus, so liegt eine psychologische Funktion vor. Das Gefühl des Gewichts bedient sich des menschlichen Körpers als Wage, um Gegenstände auf ihr Gewicht abzuschätzen. Der Sinn für die Verteilung des Körpergewichts ist der Gleichgewichtssinn. Zur Erhaltung eines Gleichgewichtszustandes bedarf es einer dauernden Innervation, die durch den ständigen Reiz ganzer Gruppen von Muskeln geliefert wird. Nachdem sich das Gedächtnis für den Gewichtsausgleich bei spontanen Bewegungen geübt hat, löst das hochdifferenzierte, automatisch arbeitende Gleichgewichtsbewußtsein sofort fehlerlos jede schwierige Aufgabe aus den Gebieten der Statik und Mechanik. Jeder willkürlichen Bewegung geht zunächst ein auf sie gerichteter Bewußtseinszustand vorher. War dies einige Male der Fall, so ist ein klares geistiges Bild des Gewollten nicht wieder nötig; die Erinnerung an die ausgeführte Bewegung ist unbewußt vorhanden. Die dem Willen zu einer Bewegung nötige Kraft ist zur zweckmäßigen Ausführung zu groß, es bedarf des regulierenden Erinnerungsbildes für die nötigen Hemmungen. speziell im Gebiet des Antagonisten. G. Ilberg.

Th. Lessing: Über Psychologie des Lärms.
(Zeitschrift f. Psychother. u. med. Psychol., I. Bd., 2. Heft.)

Die Neigung, Lärm zu machen, ist eine der tiefsten, fundamentalsten Neigungen der menschlichen Seele. Sie ist in erster Linie als eine Betätigung des Narkosetriebes aufzufassen, sie gibt dem Bedürfnis nach Betäubung Ausdruck, denn im Menschen steckt nun einmal mehr oder weniger instinktiv die Flucht und das Grauen vor der Bewußtheit, und diese zu dämpfen, ist der Lärm, das „Afterbild der Musik", ebenso geeignet wie seine schönere Schwester. Unter gewissen Umständen kann aber der Lärm das bewußte Denken auch anregen. insofern, als er geeignet ist, so viel Belebtheit auszulösen, als nötig ist, um nicht gefühlsbetonte Gedanken aufzugreifen und weiter zu verarbeiten. So wird von John Stuart Mill, im allgemeinen einem Fanatiker der Ruhe, und von Hegel berichtet, daß sie sich durch Geräusche zum Denken und Grübeln angeregt fühlten. Interessant ist das Verhalten zweier der größten englischen Schriftsteller zum Lärm. Charles Dickens haßte den Lärm, flüchtete vor ihm von Wohnung zu Wohnung und ist doch nicht imstande, ihn zu entbehren; in der Einsamkeit des Landlebens kann er nicht schaffen, die Sehnsucht treibt ihn immer bald wieder nach seinen geliebten Londoner Straßen zurück. Thomas Carlyle, dieser wunderbare Heilige, gerät über jedes Geräusch in Wutparoxysmen: je mehr man ihn aber gegen alles Störende schützt, desto größer wird seine Empfindlichkeit. er scheint Gehörseindrücke — von Lärm kann man hier gar nicht mehr reden — zu bedürfen, um seinem Herzen Luft machen zu können.

Die Größe des Lärms, mit welchem eine Betätigung vor sich geht, kann gewissermaßen als Gradmesser dienen für die geistige Entwicklungsstufe, für die Kultur des einzelnen sowohl als eines Volkes, dafür, ob affektive oder rationelle Interessen vorwiegen. Nach Verfasser ist Kultur Seelenkultur, ist sie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Rationalisierung der Affekte, Logisierung des menschlichen Trieblebens". Nicht auf die Summe objektiver Kulturgüter kommt es an, nicht auf die Summe von Wissenschaft und Theorie, sondern auf eine bestimmte Modalität seelischen Empfindens, hier im speziellen auf die seelische Stellung des Menschen zur lärmenden Betätigung, auf das In-Schranken-halten des menschlichen Lärmtriebes. In dieser Beziehung stellt Verfasser die ostasiatische Seelenkultur (Buddhisten, Japaner) über die unsere. Aber auch die unsere schreitet beständig fort, und nun ist es zwischen den Bedürfnissen der fortschreitenden Seelenkultur und den Erfolgen der objektiven Kultur zu einem eigentümlichen Konflikt gekommen; die letzteren machen das Leben immer geräuschvoller, die ersteren drängen kategorisch auf Einschränkung des Lärms. Diesem Konflikt abzuhelfen bestreben sich die allenthalben entstehenden Antilärmvereine, zu deren Unterstützung Verf. auffordert. Zentralbureau des „Lärmschutzverbandes" in Hannover. Anfragen vermittelt auch die Exp. d. „Münch. ärztl. Rundschau".

Koschella (Stuttgart).

Benno Laquer: Medizin und Überkultur.

(Zeitschrift f. Psychother. u. med. Psychol., I. Bd, 2. Heft.)

Bemerkungen und Ergänzungen zu dem von His am 18. März 09 in der Berliner med. Gesellschaft gehaltenen gleichbetitelten Vortrag, welcher dort merkwürdigerweise zu gar keiner Diskussion anregte und auch sonst, wie es scheint, nirgends besprochen wurde. Die leitenden Gesichtspunkte des His'schen Vortrages kann man in folgendem zusammenfassen. Es hat Zeiten höchster kultureller Blüte gegeben ohne Verfall der Volksgesundheit, z. B. das perikleische Zeitalter und die Renaissance, und Zeiten höchster Kultur mit Verfall der Volksgesundheit, Zeiten der Überkultur, so die postalexandrinische Zeit, die Zeit des römischen Kaiserreichs, das Frankreich des 18. Jahrhunderts. Das Gemeinsame dieser letzteren Zeiten ist der Mangel an idealen Gütern, das Bedürfnis nach künstlichen Reizen, das Hervordrängen eines schrankenlosen Subjektivismus, raffinierte Stimmungssuche, die „Sekurität", d. h. der Mangel an Leibes- und Lebensgefahr. Das Vorhandensein dieser Erscheinungen und das jedesmalige Aufkommen physikalisch-diätetischer Heilmethoden in den betreffenden Zeiten sind His Beweise dafür, daß die Menschen dieser Zeiten nervös waren. Da es bei uns z. Z. ähnlich aussieht, schließt er auf das Vorhandensein einer Überkultur auch bei uns.

Laquer wendet sich gegen so manche Ausführungen His'. Er kann verschiedenen geschichtlichen Feststellungen nicht beipflichten und stützt sich dabei auf Historiker vom Ruf eines Mommsen, Burkhardt, Lamprecht; er hält den indirekten Beweis für das Bestehen einer Überkultur, den His aus dem Aufkommen der physikalisch-diätetischen Heilmethoden (reaktive Rückkehr zur Natur, wichtigste Behandlungsart für Nervöse) entnimmt, nicht für erbracht, sondern nimmt für deren Aufschwung andere Ursachen an; er bezweifelt die Bedeutung der Sekurität unter Hinweis auf die Juden des Ostens, bei denen von Sekurität keine Rede sein kann, und bei welchen doch die Nervosität so häufig ist.

Beide Aufsätze, der His'sche, welcher übrigens auch in der Deutschen med. Wochenschrift 1908, Nr. 15, erschienen ist, und der Laquer'sche, werden allen denen viel Anregung geben, für die es ein Bedürfnis ist, vom Standpunkte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihrer Fachwissenschaft aus auch zu allgemeinen Zeitproblemen Stellung zu nehmen; und man kann Laquer nur beistimmen, wenn er wünscht, daß recht viele Ärzte dieses Bedürfnis fühlen. Koschella (Stuttgart).

W. v. Bechterew: Über die reproduktive und assoziative Reaktion bei den Bewegungen. (Experimentell-objektive psychologische Untersuchung.)

(Zeitschrift f. Psychother. u. med. Psychol., I. Bd., 1. Heft.)

Der Verfasser hat experimentell festzustellen versucht, ob eine motorische Reaktion, die verabredetermaßen auf einen rhythmischen Schallreiz erfolgen sollte, auch weiter erfolgt, 1. wenn dieser Schallreiz aufhört, 2. wenn mit dem Schallreiz zugleich oder kurz vorhergehend ein Lichtreiz gesetzt wird, welcher von Zeit zu Zeit allein, ohne den Schallreiz einwirkt. Die Verhältnisse wurden noch dadurch kompliziert, daß bei einigen Versuchen die Aufmerksamkeit der Versuchsperson abgelenkt wurde. B. zieht aus seinen Versuchen eine ganze Reihe von Schlüssen, von denen die wichtigsten sind:

1. daß die Individualität der Versuchsperson bei derartigen Versuchen eine sehr große Rolle spiele;

2. daß im allgemeinen die Reaktion begünstigt wird durch die Anzahl der angestellten Versuche, durch die Schnelligkeit des Rhythmus, die Intensität des Reizes, das Vorausgehen des Lichtreizes, die Ablenkung durch eine andere Tätigkeit. Koschella (Stuttgart).

Anatomie und Physiologie des Nervensystems.

Sh. J. Franz: Sensations following Nerve Division. The pressure-like Sensations. (Empfindungen nach Nervendurchtrennung. Die druckartigen Empfindungen.)

(Journ. of comparative Neurology and Psychology, Bd. XIX, Nr. 1, 1909.)

Verf. gibt eine Übersicht der Resultate von Head und dessen Mitarbeitern und teilt eigene Beobachtungen mit, die er an einem Irrenwärter gemacht hat. Dem Manne war durch einen Messerstich der N. ulnaris am Olekranon durchtrennt worden, sowie der M. triceps. Der Muskel wurde sofort genäht, der Nerv erst nahezu zwei Monate später aufgesucht und die Enden vereinigt. Die mitgeteilte Untersuchung erstreckt sich auf die Wahrnehmung von Berührung, Druck, Kälte und Wärme. Benutzt wurden ein Pinsel, das Bloch'sche Ästhesiometer und Röhrchen mit kaltem oder warmem Wasser. Es ergab sich, daß die Störung der Berührungsempfindlichkeit den größten Umfang hatte. Über dieses Gebiet hinaus aber waren die Schwellenwerte erhöht. Geringer als für Berührung war die Störung im Bereiche der Temperaturwahrnehmung, worauf Verf. in einem zweiten Artikel eingehen will. Allers (München).

August Froriep: Über den Schädel und andere Knochenreste des Botanikers Hugo v. Mohl. M. einem Porträt, 4 Taf. und 5 Abbildg. im Text.

(Archiv f. Anthropologie 1909, N. F., Bd. VIII, Heft 1 u. 2, S. 124—145.)

Gelegentlich der Exhumierung der Gebeine des Tübinger Botanikers Hugo v. Mohl (1805—1872) fand Verf. Gelegenheit, die Skelettreste dieses nicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nur für die verschiedensten Gebiete der Botanik, sondern auch für andere Zweige der Naturwissenschaften interessierten Forschers zu untersuchen. Er macht den Versuch, den Schädelbefund bzw. die am Schädelausguß gewonnenen Beobachtungen über das mutmaßliche Verhalten des Großhirns mit der Persönlichkeit v. Mohl's, die er ebenfalls eingehend schildert, in Beziehung zu bringen.

Die Schädelkapazität schätzt Froriep (mittels eines von ihm angegebenen Verfahrens) auf 1500 ccm; meiner Ansicht ist aber dieses Verfahren ein unzuverlässiges. Nach der von Beddoe angegebenen, Froriep nicht bekannten Methode berechne ich aus den drei Hauptschädelumfängen nur einen ungefähren Inhalt von 1431 ccm. Daher erscheint es müßig, das mutmaßliche Hirngewicht noch weiter zu berechnen. Auf jeden Fall kann aber so viel als ausgemacht gelten, daß Schädelbinnenraum und Gehirnvolumen v. Mohl's unter dem Mittel der Bevölkerung stehen. — Das Schädeldach war in hohem Grade asymmetrisch; hinten rechts und vorn links erscheint es abgeflacht, hinten links und vorn rechts dagegen stärker vorgewölbt. Größte Schädellänge 177, größte Breite 150, kleinste Stirnbreite 97, Ohrhöhe 120 mm. Horizontalumfang 515, Sagittalumfang (Nasion-Inion) 308, Ohrbogen 320 mm.

Entsprechend dem asymmetrischen Schädel wies auch sein Innenabguß die entsprechende Asymmetrie auf. — Unter sorgfältiger Beachtung und Bewertung der Juga und Impressiones des Schädelinnenreliefs hat Verf. das Großhirn des rohen Schädelausgusses nun feiner modelliert und glaubt dadurch die wesentlichen Furchen und Windungen in ihrer Lage und Größenbeziehung annähernd naturgetreu angeben und studieren zu können. Mir steht kein Urteil über diesen gewiß scharfsinnigen Versuch zu, ich kann mich aber nicht der Vermutung verschließen, daß hier viel Phantasie mit unterlaufen sein dürfte. Aus diesem Grunde beschränke ich mich, das Ergebnis dieser Untersuchung nur in seinen Hauptzügen hier wiederzugeben.

Das Gehirn Hugo v. Mohl's war ein windungsreiches. Es zeichnete sich durch eine relativ geringe Entwicklung des Stirnhirns und ein im Vergleich dazu bedeutendes Überwiegen des Scheitel-, Schläfen- und Hinterhaupthirns aus. Vor allem scheinen es Verf. die Gyri supramarginalis und angularis zu sein, die mächtig gewölbt, sowohl in sagittalem wie transversalem Bogen beträchtliche Ausdehnung besessen haben sollen; neben ihnen müssen auch der Hinterhaupt- und besonders der Schläfenlappen ungewöhnliches Volumen aufgewiesen haben. Froriep versucht nun an der Hand der Flechsig'schen Assoziationslehre, diesen Befund mit der psychischen Persönlichkeit v. Mohl's in Verbindung zu bringen. Die zuletzt angeführten Gebiete entsprechen Flechsig's hinterem Assoziationszentrum; ihm schreibt dieser Autor „die Bildung und das Sammeln von Vorstellungen äußerer Objekte" und „die Verknüpfung derselben untereinander, mithin das eigentliche positive Wissen" zu. Mohl verfügte über ein phänomenales Wissen, einen unermüdlichen Beobachtungseifer und eine Fähigkeit, mit scharfsinniger Kritik eigene und fremde Forschungsergebnisse zu einheitlichen Resultaten zu verarbeiten. Diese außerordentliche Leistung beruht nun in allen ihren Teilen auf Funktionen, die nach Flechsig an das parieto-okzipito-temporale Zentrum geknüpft sind. Seine überwiegende Ausbildung ist in gleicher Weise bei fast allen neueren Untersuchungen an Schädeln und Gehirnen hervorragender Persönlichkeiten der verschiedenen Anlagen nachgewiesen worden. — Die Hauptleistung des vorderen (frontalen) Assoziationszentrums er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

blickt Flechsig in „der Verknüpfung der den Kern des ‚Ich' bildenden Gefühle untereinander und die Assoziation äußerer Eindrücke mit diesem Komplex". Durch Zerstörung des Stirnhirns leide das positive Wissen nicht unmittelbar (im Gegensatz zu Hitzig's Ansicht), wohl aber die zweckmäßige Verwertung desselben. Froriep legt diese Behauptung dahin aus, daß eine Verwertung der positiven Data nicht innerhalb der Denktätigkeit, sondern im Verkehr mit der Umwelt gemeint sei. Dementsprechend erklärt er die geringe Entwicklung des Stirnhirns bei v. Mohl mit einem Defekt in seiner Psyche, der in dem hochgradigen Trieb der Selbstisolierung bestand. v. Mohl lebte streng zurückgezogen, mied sogar den Verkehr mit seinen Geschwistern, vernachlässigte auch alle persönlichen Beziehungen zu anderen Menschen und lehnte selbst jegliche persönliche Einwirkung auf seine Schüler und jüngere Forscher ab.

Buschan (Stettin).

Georg Grund: Die Abkühlungsreaktion des Warmblütermuskels und ihre klinische Ähnlichkeit mit Entartungsreaktion.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXV, Heft 3 u. 4.)

Unter dem Einflusse der Abkühlung wird die Zuckung des Warmblütermuskels bei jeder Art elektrischer Reizung sowohl vom Muskel wie vom Nerv aus ausgesprochen träge (Abkühlungsreaktion). Der Muskel des Warmblüters ist gegen Abkühlung empfindlicher als der des Kaltblüters. Die Zuckungsträgheit bei Abkühlungsreaktion ist von derjenigen bei EaR. weder nach dem Aussehen, noch nach den Zeitwerten der Kurve zu unterscheiden. Klinisch gleicht die Abkühlungsreaktion der partiellen Entartungsreaktion mit obligater Zuckungsträgheit. Es besteht daher die Gefahr, bei diagnostisch wichtigen Fällen die Entartungsreaktion und die Abkühlungsreaktion zu verwechseln, jedoch kann eine Entscheidung durch künstliche Erwärmung leicht herbeigeführt werden.

Kalberlah.

Apelt: Der Wert der Schädelkapazitätsmessungen und vergleichenden Hirngewichtsbestimmungen für die innere Medizin und Neurologie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXV, Heft 3 u. 4.)

Die Hirngewichtsbestimmung und vergleichende Schädelkapazitätsfeststellung kann für die interne Medizin und die Neurologie Klarheit schaffen in der Frage nach dem Ursprung der meningitischen Reizung bei akuten Infektionskrankheiten in dem Sinne, daß nicht stets eine Meningitis serosa vorzuliegen braucht, sondern eine akute Hirnschwellung auftreten kann; in der Frage nach der Ursache des Pseudotumor cerebri, nach der Ursache des bei Tumorkranken nicht so selten beobachteten akuten Hirntodes, ev. auch in der Frage nach dem Zustandekommen der Stauungspapille.

Kalberlah.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. · Erstes Oktoberheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Zur psychologischen Analyse der Dementia praecox.

Von

Dr. W. Stockmayer,

Assistenzarzt an der Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten in Tübingen.

In seiner höchst bedeutsamen, noch ungenügend gewerteten Schrift über die Psychologie der Dementia praecox[1]) hat Jung den kühnen Versuch unternommen, die psychologischen Wurzeln und Zusammenhänge in den Symptomen der Dementia praecox auf Grund mehrjähriger, experimenteller und klinischer Untersuchungen großzügig zu schildern. Seine Ergebnisse stützen sich namentlich auch auf die von ihm in eigenartiger Weise ausgebildete Assoziationsmethodik[2]), die ihm eine wertvolle experimentelle Ergänzung der von ihm als grundlegend vorausgesetzten Freud'schen Psychologie wurde.

Auch Bleuler betrachtet bekanntlich die Grundgedanken der Freud'schen Psychologie als wertvolle Arbeitshypothesen für die psychologische Durchforschung der Psychosen, wie er schon 1906 in seiner Arbeit über „Freud'sche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen“[3]) an instruktiven Beispielen ausführte. Daß die weitere Verfolgung der Freud'schen Anregungen und Untersuchungen für die Forschungstätigkeit der Züricher Schule fruchtbringend geblieben ist, läßt sich neben sonstigen Veröffentlichungen[4]) aus der anfangs dieses Jahres gemeinsam mit Freud erfolgten Gründung einer besonderen Zeitschrift ersehen, dem Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen[5]), das der

[1]) Jung, Über die Psychologie der Dementia praecox, 1907.

[2]) Vgl. dazu: Diagnostische Assoziationsstudien. Hrsg. von Jung. I. Bd., 1906, und weitere Beiträge in Brodmann's Journal f. Psychologie u. Neurologie von 1906 ab.

[3]) Bleuler, Freud'sche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1906, S. 316—318, 323—325, 338—340.

[4]) Vgl. namentlich: Jung, Die Freud'sche Hysterietheorie. Ziehen's Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie 1908, Bd. XXIII, S. 310—322.

[5]) Jahrbuch f. psychoanalytische u. psychopathologische Forschungen, hrsg. von Bleuler u. Freud, redig. von Jung, 1909, I. Bd., 1. Hälfte. Wien, Deuticke.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

speziellen Kasuistik und der weiteren theoretischen Ausgestaltung der psychoanalytischen Forschung dienen soll.

Durch einen längeren Aufenthalt als Volontärarzt an der Bleuler'schen psychiatrischen Klinik in Zürich gewann ich die Möglichkeit, mich mit der dort geübten Methodik theoretisch und praktisch vertraut zu machen. Ich werde im folgenden Bruchstücke zur Psychologie eines Falles von Dementia praecox geben, an dem sich die Verwertung des Assoziationsexperimentes für die psychologische Untersuchung solcher Fälle zeigen läßt und dessen einfache Symptomatologie zur kurzen Demonstrierung theoretischer Aufstellungen dienen kann, die Jung als wesentlich für die Psychologie der Dementia praecox gemacht hat.

Der Fall, den ich noch in Zürich analytisch zu untersuchen Gelegenheit hatte, betrifft ein 26jähriges, katholisches Dienstmädchen aus Kärnten [1]). Über die Vorgeschichte war bis auf das letzte Halbjahr vor Ausbruch der Psychose objektiv nichts bekannt. Im Mai 1908 trat das Mädchen bei ihrer letzten Herrschaft in Dienst. Von Anfang an fiel hier die Verschlossenheit des Mädchens auf; sie sprach nur das, was zum Dienste notwendig war, war kurz angebunden, aber völlig geordnet im Benehmen und machte ihre Arbeit gut. Verkehr hatte sie mit niemand, auch nicht mit andern Dienstboten; sie ging auch nie zur Kirche. Sie trank keinen Alkohol; von einem Liebesverhältnis war nichts bekannt.

Am 2. Dezember 1908, zwei Tage vor der Aufnahme ins Burghölzli, bemerkte man an dem Mädchen ganz verweinte Augen, und ganz plötzlich fing sie auf der Treppe zu Hause an zu schreien, taumelte wie eine Verzweifelnde, ohne umzufallen, warf die Arme umher, war ganz blaß und äußerte dann auf einmal: „Nein, nein, es ist nicht wahr, es ist nicht möglich." Auf Befragen sagte sie nur, es sei nichts, es komme schon wieder besser; weiter gab sie keinen Bescheid. Sie war matt, weinte anhaltend und aß nicht mehr. Am folgenden Tage half sie noch etwas bei der Arbeit mit, war aber dabei stumm und ablehnend. Am Tage der Aufnahme war sie zu Hause wieder kurze Zeit erregt, schrie, taumelte umher, beruhigte sich aber dann wieder. Der zugezogene Arzt erfuhr von ihr, daß sie Stimmen in ihrer heimatlichen Mundart hörte, die sagten, ein Dienstmädchen wolle sie verführen, mit ihr in eine verrufene Wirtschaft zu gehen, wo sie entehrt würde; sie äußerte dem Arzte gegenüber auch Suizidgedanken, sie wolle ins Wasser gehen. Schon vor einigen Wochen habe sie daran gedacht, zum Fenster hinauszuspringen, sie könne sich nicht mehr helfen. Das Mädchen war dabei ängstlich, starrte viel vor sich hin, arbeitete nicht mehr, schreckte jeden Augenblick auf, um dann wieder wie geknickt zusammenzubrechen. Es bestand keine merkliche Bewußtseinstrübung.

Am selben Tage noch, am 4. Dezember 1908, wurde das Mädchen ins Burghölzli gebracht. Sie war bei der Aufnahme klar und orientiert, gab prompte Antworten: sie habe alle möglichen Stimmen gehabt, deren Träger sie nicht

[1]) Für die Überlassung des Falles zur Untersuchung und Veröffentlichung bin ich Herrn Professor Bleuler zu großem Danke verpflichtet. Ich habe den Fall schon in einem Vortrag in der Freud'schen Vereinigung im Burghölzli am 5. März 1909 behandelt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kannte, die aber aus ihrer Heimat Kärnten gewesen seien. Auf genaueres Fragen war sie ablehnend; das Benehmen erschien steif. Körperlich bestanden außer lebhaften Sehnenreflexen keine Störungen. In der Klinik verschwanden die Stimmen nach Angabe der Patientin schon in den ersten Tagen. Das Mädchen war ruhig, klar und geordnet, hielt sich aber auf der Abteilung ganz für sich, reserviert und kühl; das Benehmen war etwas steif und leicht abweisend. Patientin arbeitete unter Absonderung von ihrer Umgebung fleißig. Für ihren ganzen Zustand zeigte sie keine rechte Einsicht; in ihren Entschlüssen über ihre fernere Tätigkeit war sie unbestimmt und schwankend. Die Stimmung war gleichmäßig indifferent, die Intelligenz mittleren Grades. Die Angaben der Anamnese wurden von der Kranken bestätigt.

Die klinische Diagnose wurde auf Dementia praecox gestellt.

Um nun in die psychologischen Zusammenhänge dieses Falles tiefer einzudringen, nahm ich, wie es sich zu diesem Zwecke sehr empfiehlt, einen Assoziationsversuch mit einem sich daran anschließenden Reproduktionsversuch unter Benutzung des Jung'schen Reizwörterschemas vor.

Für das Verständnis der nachfolgenden Übersicht über den Versuch und seine Ergebnisse muß ich die theoretischen und technischen Erörterungen, die Jung in seinen diagnostischen Assoziationsstudien[1]) ausführlich gibt, als bekannt voraussetzen; ich gebrauche die dort begründete und angewendete psychologische Terminologie. Meine eigenen Erfahrungen, die ich mir beim Aufnehmen zahlreicher Assoziationsversuche bei sehr verschiedenen gesunden und kranken Versuchspersonen gesammelt habe, haben mich von der Fruchtbarkeit der in jenen Arbeiten auf Grund der Assoziationsmethodik entwickelten Anschauungen überzeugt.

In der ersten Rubrik der Versuchsübersicht finden sich die Reizwörter, in der zweiten die Reaktionszeiten der Versuchsperson in Fünftelsekunden, in der dritten die Reaktionen, in der vierten die Reproduktionen, in der letzten Rubrik habe ich auf die jeweiligen objektiven Störungen hingewiesen (also zu lange, d. h. über dem wahrscheinlichen Mittel liegende Reaktionszeiten oder gar nicht erfolgte Reaktionen, sog. Fehlreaktionen, verzögerte, falsche oder nicht erinnerte Reproduktionen, Affektäußerungen).

Das wahrscheinliche Mittel aus den Reaktionszeiten der Patientin beträgt 21 Fünftelsekunden, ist also fast doppelt so hoch, als das wahrscheinliche Mittel bei gesunden ungebildeten weiblichen Personen (11 Fünftelsekunden, Jung). Ein wagerechter Strich statt einer Reaktionszeit und einer Reaktion bedeutet, daß die Patientin nach Ablauf einer halben Minute (150 Fünftelsekunden) noch nicht reagiert hatte; länger wurde wie üblich nicht zugewartet. Ein wagerechter Strich in der Rubrik der Repro-

[1]) Vgl. besonders Beitrag I, IV und IX; außerdem Kap. II und III in Jung's Psychologie der Dementia praecox.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

duktionen bedeutet eine richtige Reproduktion, ein wagerechter Strich in Klammer eine verzögerte Reproduktion, ein Fragezeichen in der gleichen Rubrik, daß die Reaktion nicht mehr erinnert wurde. Überall, wo objektive Störungen aufgetreten sind, wurden die betreffenden Reizworte und Reaktionen gesperrt gedruckt.

Um nun zu den objektiven Störungen, die sich beim Experiment zeigen, richtig Stellung nehmen zu können, muß man sich klar machen, was denn mit dem Aufnehmen der Assoziationen eigentlich geschieht. Man stellt der Versuchsperson mit den Reizworten gewissermaßen, um einen Ausdruck Jung's zu gebrauchen, abgekürzte Handlungen, Situationen und Dinge, ein bestimmtes Konkretum vor, verbunden mit der Persönlichkeit des Arztes, der sich mit dem Reizwort an die Versuchsperson wendet, und nun zeigt sich, wie die Versuchsperson auf diese Situation in solcher Umgebung reagiert. Manche Worte wirken dabei so stark auf die Versuchsperson, daß sie entweder keine Reaktion findet, oder diejenige, die ihr eingefallen ist, nicht sagen will oder kann. Dies ist bei den Fehlreaktionen der Fall. An anderen Stellen zeigen sich geringere oder anderweitige Störungen, die man aus mannigfacher Erfahrung ebenfalls als Anzeichen konstellierender, meist unlustbetonter Vorstellungskomplexe kennt. Man sieht so bei jedem einzelnen Versuche, wenn man sich die objektiven Störungen aufmerksam betrachtet, wo sozusagen die Fassung verloren geht. Wie diese Störungen weiterhin zu verwerten sind, wird sich nachher ergeben.

Es folgt nun die Übersicht über das Experiment.

Assoziations- und Reproduktionsversuch.

	Reizwort	R. Z. in F. S.	Reaktion	Reproduktion	Bezeichnung der objektiven Störungen
1.	Kopf	6	Haare	—	
2.	grün	11	Gras	—	
3.	Wasser	9	klar	—	
4.	singen	10	schön	—	
5.	Tod	114	(lacht) begraben	(—)	Sehr stark verlängerte Reaktionszeit; Affektäußerung. Verzögerte Reproduktion.
6.	lang	17	Seil	das Seil	Ungenaue Reproduktion.
7.	Schiff	14	fahren	—	
8.	zahlen	24	Geld	—	Wenig verlängerte Reaktionszeit.
9.	Fenster	16	Glas	—	
10.	freundlich	22	Freundin	Freund	Falsche Reproduktion.
11.	Tisch	19	Holz	—	

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

	Reizwort	R. Z. in F. S.	Reaktion	Reproduktion	Bezeichnung der objektiven Störungen
12.	fragen	26	antworten	—	Wenig verlängerte Reaktionszeit.
13.	Dorf	40	groß	—	Verläng. Reaktionszeit.
14.	kalt	19	Winter	im Winter	Ungenaue Reproduktion.
15.	Stengel	20	Blume	—	
16.	tanzen	14	Musik	—	
17.	See	18	Schiff fahren	—	
18.	krank	145	im Bett liegen	Medizin	Sehr stark verlängerte Reaktionszeit; falsche Reproduktion.
19.	Stolz	—	—	(—)	Fehlreaktion; verzögerte Reproduktion.
20.	kochen	15	Herd	—	
21.	Tinte	9	schreiben	—	
22.	bös	21	gut	—	
23.	Nadel	10	Faden	—	
24.	schwimmen	13	ertrinken (lächelt)	—	Affektäußerung.
25.	Reise	21	Eisenbahn	—	
26.	blau	37	ist eine Farbe	Farbe	Verlängerte Reaktionszeit; Satzreaktion; ungenaue Reproduktion.
27.	Lampe	12	Licht	—	
28.	sündigen	—	— (lächelt)	—	Fehlreaktion; Affektäußerung.
29.	Brot	10	essen	—	
30.	reich	—	—	arm	Fehlreaktion; falsche Reproduktion.
31.	Baum	12	Laub	—	
32.	stechen	—	—	—	Fehlreaktion.
33.	Mitleid	35	arm	?	Verlängerte Reaktionszeit; nicht mehr erinnerte Reaktion.
34.	gelb	15	Gold	—	
35.	Berg	21	Touristen	—	
36.	sterben	—	— (lächelt)	(—)	Fehlreaktion; Affektäußerung; verzögerte Reproduktion.
37.	Salz	—	—	—	Fehlreaktion.
38.	neu	9	alt	—	
39.	Sitte	62	Unsitte	?	Erheblich verlängerte Reaktionszeit; nicht erinnerte Reaktion.
40.	beten	23	andächtig	Kirche	Falsche Reproduktion.
41.	Geld	13	zählen	—	
42.	dumm	11	klug	?	Nicht erinnerte Reaktion.

Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

	Reizwort	R. Z. in F. S.	Reaktion	Reproduktion	Bezeichnung der objektiven Störungen
43.	Heft	24	Messer	—	Ganz wenig verlängerte Reaktionszeit.
44.	verachten	42	Verbrecher	?	Verlängerte RZ.; nicht erinnerte Reaktion.
45.	Finger	14	Ring.	—	
46.	teuer	47	ein Luxusgegenstand	—	Verlängerte RZ.
47.	Vogel	10	fliegen	—	
48.	fallen	12	sich verletzen	—	
49.	Buch	9	lesen		
50.	ungerecht	149	verurteilen	?	Sehr stark verläng. RZ.; nicht erinnerte Reaktion.
51.	Frosch	13	quaken	—	
52.	scheiden	32	weinen	(—)	Verlängerte RZ.; verzögerte Reproduktion.
53.	Hunger	27	essen	—	Verlängerte RZ.
54.	weiß	13	Schnee		
55.	Kind	10	klein	—	
56.	aufpassen	—	—	—	Fehlreaktion.
57.	Bleistift	9	schreiben	—	
58.	traurig	—	—	—	Fehlreaktion.
59.	Pflaume	13	Frucht	?	Nicht erinnerte Reaktion.
60.	heiraten	11	Kirche	—	
61.	Haus	26	Gebäude	groß	Etwas verlängerte RZ.; falsche Reproduktion.
62.	lieb	—	—	—	Fehlreaktion.
63.	Glas	15	durchsichtig	(—)	Verzögerte Reproduktion.
64.	streiten	17	Männer	?	Nicht erinnerte Reaktion.
65.	Pelz	33	haarig	—	Mißverstehen des Reizwortes; verl. RZ.
66.	groß	38	Gebirge	—	Verl. RZ.
67.	Rübe	55	essen	—	Verl. RZ.
68.	malen	21	Plafonds	—	
69.	Teil	25	Eisen	—	Wenig verl. RZ.
70.	alt	24	runzlig	—	do.
71.	Blume	10	riechen	—	
72.	schlagen	—	—	(—)	Fehlreaktion; verzögerte Reproduktion.
73.	Kasten	12	verschließen	schließen	Ungenaue Reproduktion.
74.	wild	15	jagen	—	
75.	Familie	24	zahlreich	groß	Wenig verl. RZ.; falsche Reproduktion.
76.	waschen	24	Waschküche	—	Wenig verl. RZ.
77.	Kuh	10	melken	—	
78.	fremd	28	in der Fremde	—	Etwas verl. RZ.
79.	Glück	25	Geld	—	Wenig verl. RZ.

Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

	Reizwort	R. Z. in F. S.	Reaktion	Reproduktion	Bezeichnung der objektiven Störungen
80.	lügen	22	Sünde	—	
81.	Anstand	36	Sitte	—	Verl. RZ.
82.	eng	70	das Kleid	—	Verl. RZ.
83.	Bruder	48	verreist	(—)	Verl. RZ.; verzögerte Reproduktion.
84.	fürchten	—	—	—	Fehlreaktion.
85.	Storch	10	klappern	—	
86.	falsch	123	Menschen	die Menschen	Sehr stark verl. RZ.; ungenaue Reproduktion.
87.	Angst	15	Schrecken	?	Nicht erinnerte Reaktion.
88.	küssen	21	Schwester	Bruder	Falsche Reproduktion.
89.	Braut	16	Kranz	—	
90.	rein	37	Wasser	—	Verl. RZ.
91.	Türe	19	offen	verschlossen	Falsche Reproduktion.
92.	wählen	—	—	—	Fehlreaktion.
93.	Heu	22	Wagen	—	
94.	zufrieden	—	—	—	Fehlreaktion.
95.	Spott	11	ertragen	—	
96.	schlafen	14	im Bett	—	
97.	Monat	20	Dezember	—	
98.	hübsch	69	(lächelt) das Mädel	—	Verl. RZ.; Affektäußerung.
99.	Frau	21	verheiratet	—	
100.	schimpfen	28	bös	?	Etwas verl. RZ.; nicht erinnerte Reaktion.

Man kann sich die objektiven Störungen des Assoziationsexperimentes, soweit sie sich im Verhalten der Reaktionszeiten ausdrücken, auch in der umstehenden graphischen Darstellung (Fig. 1) sehr anschaulich vor Augen führen. Die vertikalen Säulen entsprechen dabei der Länge der Reaktionszeiten; das Maximum der Zeiten (die Fehler) beträgt 150 Fünftelsekunden (in der Figur 150 Millimeter). Die starken Störungen (13 % Fehlreaktionen) treten so gegenüber den indifferenten Reaktionszeiten sehr deutlich hervor. Die Reizwörter, die die hauptsächlichsten Störungen hervorgerufen haben, sind dabei notiert.

Um die relative Stärke dieser Störungen noch klarer zum Vorschein kommen zu lassen, folgt noch Figur 2, die einen Assoziationsversuch einer normalen Versuchsperson (einer auf ähnlichem intellektuellem und Bildungsniveau stehenden Pflegerin unserer Klinik) im selben Maßstab graphisch vorführt. Mit Ausnahme der zwei Störungen bei „freundlich“ und „küssen“ halten sich bei der normalen Versuchsperson die Reaktionszeiten durchweg in niederen Grenzen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

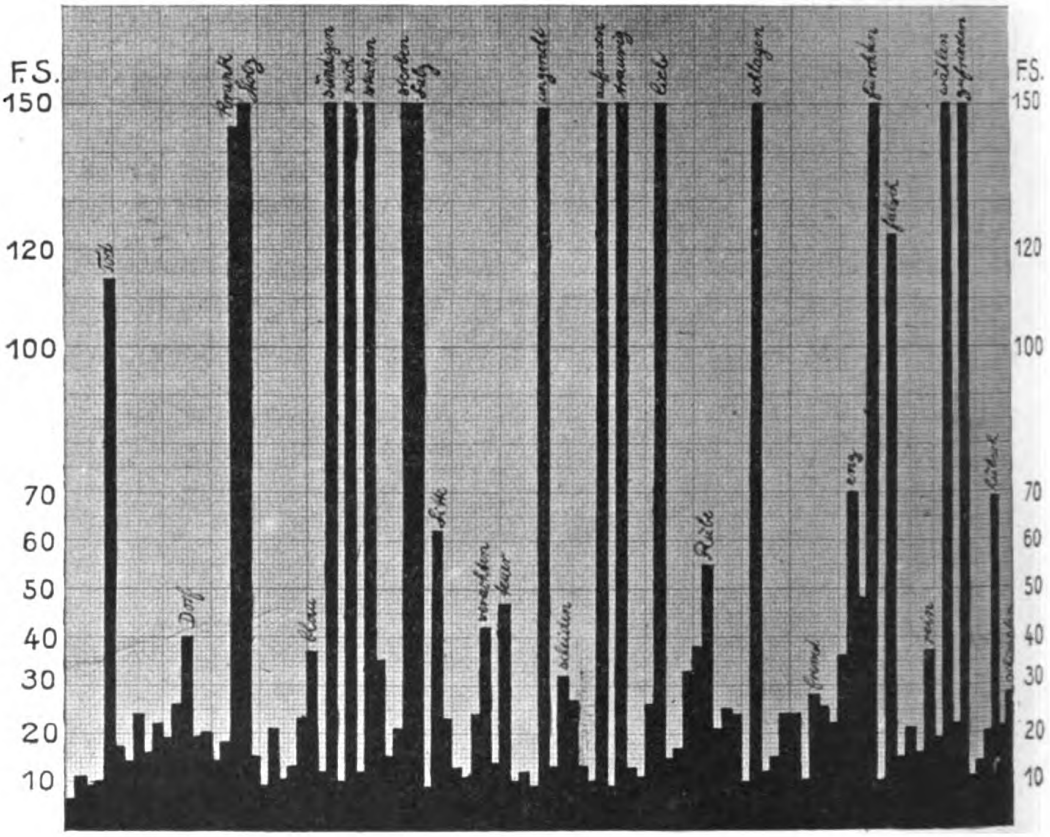


Fig. 1.

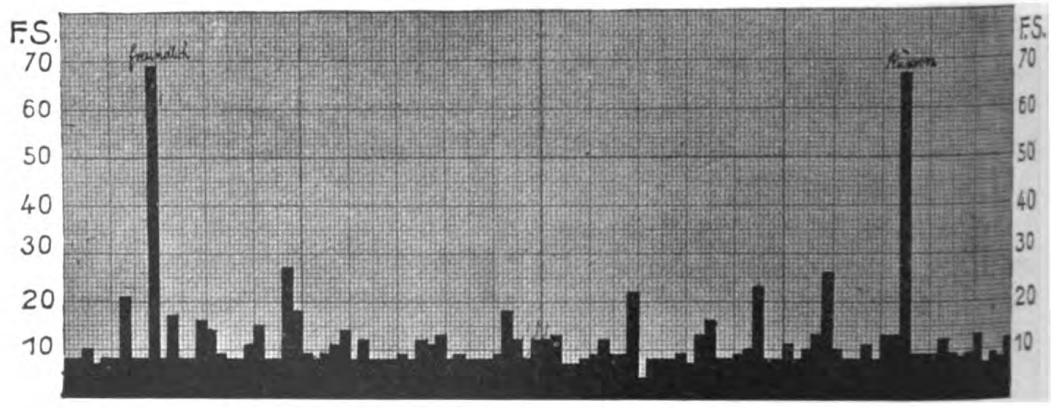


Fig. 2.

Überschaut man nun die Assoziationen, wie sie in der Tabelle und der Figur 1 dargestellt sind, so fällt sofort eine Reihe objektiver Störungen ins Auge. Man bemerkt 13 Fehlreaktionen, verschiedene mehr oder weniger lange Reaktionszeiten (das wahrscheinliche Mittel von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

21 Fünftelsekunden übersteigend), verschiedene Reproduktionsstörungen. Greift man nun die Hauptstörungen heraus unter Berücksichtigung der Reizworte, bei denen die Störungen aufgetreten sind, so kann man sich daraus schon ein Bild davon machen, was für Konflikte die Seele der Patientin bewegen; denn wir wissen ja auf Grund zahlreicher Erfahrungen, daß sich eben diese objektiven Störungen als Wirkungen konstellierender Komplexe darstellen, d. h. daß es ganz bestimmte Vorstellungen und Gefühle sind, die hemmend auf die Assoziationstätigkeit gewirkt haben, und die eben dadurch ihre Wichtigkeit im Getriebe der Gedanken und Affekte der Patientin verraten.

Da weisen nun, wenn wir anderweitige, analoge Erfahrungen heranziehen, eine Reihe von Störungen auf einen mehr oder weniger verzweigten erotischen Komplex hin: man vergleiche die teilweise sehr starken Störungen bei 62. lieb (Fehlreaktion!), 60. heiraten (Reproduktionsstörung bei der nächsten Assoziation wegen Perseveration der Störung), 52. scheiden, 88. küssen, 98. hübsch, 92. wählen (Fehlreaktion), vielleicht auch 94. zufrieden (Fehlreaktion), 58. traurig (Fehlreaktion), 19. Stolz (Fehlreaktion) und etwa noch 10. freundlich, 26. blau (Farbe der Treue), 56. aufpassen (Fehlreaktion), 28. sündigen (Fehlreaktion), 39. Sitte, 44. verachten. Einen Suizidkomplex lassen die Störungen bei 5. Tod, 36. sterben (Fehlreaktion), 24. schwimmen in Erwägung ziehen. Auf den Krankheitskomplex und sein Hauptsymptom, die Stimmen, lassen sich die Störungen bei 18. krank beziehen, vielleicht auch die bei 84. fürchten (Fehlreaktion), 87. Angst, 100. schimpfen. Einige Störungen deuten auf Komplexe, die sich auf die Familie beziehen, hin, so die bei 75. Familie, 83. Bruder. Bei 50. ungerecht wird man etwa an einen Beeinträchtigungskomplex denken; 72. schlagen und 32. stechen (bei beiden Fehlreaktion) sind nicht ohne weiteres durchsichtig.

Die Einsicht in das Vorhandensein bestimmter, in ihren Umrissen schon ohne Analyse, allein aus den objektiven Störungen angebbarer seelischer Konflikte (Komplexe) ist also ein Gewinn, der sich bei Verwendung des Assoziationsexperimentes erzielen läßt. Weiterhin bekommt man aber durch Berücksichtigung der assoziativen Störungen sichere Handhaben zum zielbewußten Fragen, man weiß sofort, wo man den Hebel zum weiteren Eindringen anzusetzen hat. Man geht dazu in der Weise vor, daß man die Reizworte, bei denen die Hauptstörungen aufgetreten sind, herausgreift und die Versuchsperson fragt, was ihr bei dem jeweiligen Reizworte eingefallen sei und weiterhin einfalle. An den mehr oder weniger großen Widerständen, die sich der Herausgabe der Einfälle entgegen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stellen, hat man ebenfalls einen wichtigen Gradmesser für die Bedeutung der in den Einfällen entwickelten Vorstellungen und Gefühle. Man erwirbt sich durch dieses Vorgehen zugleich Übung in der analytischen Technik.

Ich ging nun auch in dem vorliegenden konkreten Falle so vor, daß ich die Patientin nach ihren Einfällen zu den Reizworten, die die Hauptstörungen, also namentlich die Fehlreaktionen, hervorgerufen hatten, fragte; dabei kam ein psychologisches Material zum Vorschein, das nur etwas geordnet zu werden brauchte, um einen zusammenhängenden Überblick über die psychologische Disposition und deren Zusammenhang mit den in der akuten Psychose zutage tretenden Symptomen bei der Patientin gewinnen zu lassen.

Um uns einen kurzen Überblick darüber zu verschaffen, welche Vorstellungen und Gefühle (Komplexe) die Kranke nach ihren in der Analyse der Assoziationen entwickelten Angaben während des Experimentes und in der nachherigen Analyse beherrscht haben, teilen wir diese in solche, die sich auf die Zeit des Experimentes und die allerjüngste Vergangenheit (die akute Halluzinose) und in solche, die sich auf die Zeit vor Ausbruch der Psychose oder auf dauernde persönliche Eigenschaften der Patientin beziehen.

Es zeigte sich, daß sich die Erinnerung an die Stimmen und die Reaktion der Patientin darauf in einigen ihrer Assoziationen bemerkbar gemacht hatte: bei der Analyse von 36. sterben (objektiv: Fehlreaktion, Affektäußerung, verzögerte Reproduktion) gab Patientin an, die Stimmen hätten gesagt, wenn sie hier in der Schweiz bleibe, dann müßte sie dieses Jahr noch sterben, ferner: „Sie weiß gar nicht, wie nahe sie am Sterben war; jetzt geschieht ihr nichts mehr"; bei 64. streiten (nicht erinnerte Reaktion, Mißverstehen des folgenden Reizwortes) dachte Patientin an den Spektakel der (einander widersprechenden) Stimmen; bei 100. schimpfen (etwas verl. RZ.; nicht erinnerte Reaktion) habe sie an die Stimmen gedacht, die geschimpft und jede Tätigkeit von ihr kritisiert hätten, z. B.: „Die kann nicht Fenster putzen, nicht Boden wichsen"; außerdem gibt Patientin noch an, sie hätte vielleicht auch an den Vater gedacht; bei 84. fürchten (Fehlreaktion) habe sie daran gedacht, daß sie jetzt immer so furchtsam und erschrocken war, man habe bloß hinter ihr gehen dürfen, so sei sie erschrocken aufgefahren; bei jedem Geräusch habe sie sich gefürchtet und wahrscheinlich auch, weil die Stimmen gesagt hätten, man wolle sie umbringen; bei 83. Bruder (verl. RZ.) habe sie an ihren Bruder gedacht, der sie zu Beginn ihrer Erkrankung besuchte; als sie sich zum Abschied küßten, hätten die Stimmen gesagt: „Die gibt ihrem Schatz einen Kuß"; bei 56. aufpassen (Fehlreaktion) gibt Patientin an, sie habe daran

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gedacht, daß man sie hier beobachte und auf sie aufpasse; zu welchem Zwecke man sie so viel frage? sie denke, man könnte ja meinen, sie verstelle sich und höre noch Stimmen.

Auf Suizidgedanken bezieht sich die Störung bei 28. sündigen (Fehlreaktion, Affektäußerung); Patientin sperrt zunächst gegen die Analyse und lenkt auf Allgemeinheiten ab, sagt dann, ob Referent Selbstmordgedanken meine? Vorläufig kämen ihr diese nicht, sie könne es nicht wissen, ob sie ihr wiederkämen.

Auf einen erotischen Komplex, der seinen Ausgangspunkt in einem vor einigen Jahren begonnenen und sehr rasch wieder gelösten Liebesverhältnis hatte, aber trotz dieser objektiven Erledigung seine Nachwirkungen für das Gefühls- und Gedankenleben der Patientin in Assoziationsstörungen anzeigt (Komplexfixierung, Jung), gehen die Störungen zurück bei 62. lieb (Fehlreaktion); Patientin gibt dazu an, das habe etwas Unangenehmes für sie, deshalb habe sie es nicht sagen wollen; sie habe an den „Menschen“ (den einstigen Geliebten) gedacht und „sonst an nichts“. Der erotische Komplex konstelliert auch die Assoziationen zu an sich relativ harmlosen Reizworten, da er eben mächtig ist, wie bei 26. blau (verl. RZ.; Satzreaktion), wozu Patientin bemerkt, „Treue“ könne so unecht sein, wie die blaue Farbe, und bei 37. Salz (Fehlreaktion), wozu Patientin lächelnd sagt, sie denke an die Redensart: „Verliebte Köchinnen versalzen die Suppe.“

Andere Störungen hängen mit Komplexen, die sich auf die Familie beziehen, zusammen. Auf den Vater bezieht sich die Störung bei 72. schlagen (Fehlreaktion); Patientin gibt dazu an, sie sei genügend geschlagen worden, daß es unangenehm sei; der Vater sei eben besonders jähzornig gewesen, unrecht sei es so ziemlich immer gewesen. Bei 91. Türe (falsche Reproduktion) gibt Patientin an, sie habe schon als Kind die Türe verschlossen, um sich nachts vor den Prügeln des Vaters zu schützen. Auf ein ungünstiges Verhältnis zu ihrer (älteren, verheirateten) Schwester (in Verbindung mit dem erotischen Komplex, der während ihres Aufenthalts im Hause dieser Schwester in Innsbruck aktuell war) gehen zurück die Störungen bei 50. ungerecht (sehr stark verl. RZ.; nicht erinnerte Reaktion): sie sei nicht damit einverstanden, daß man ihr Unrecht tue, man habe ihr im Hause jener Schwester manches nachgesagt, was nicht wahr gewesen sei, daß sie mit dem oder jenem etwas gehabt hätte; ebenso bei 86. falsch (sehr stark verl. RZ.; ungenaue Reproduktion): die Schwester sei öfters falsch gegen sie gewesen, indem sie ihr manches von jenem früheren Geliebten vorerzählt habe, um sie vom Interesse an diesem „Menschen“ abzubringen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auf einen sozialen in Verbindung mit dem erotischen Komplex gehen zurück die Störungen bei 30. reich (Fehlreaktion, nicht erinnerte Reaktion); Patientin bemerkte dazu bei der Analyse, es wünsche doch jeder reich zu sein, sie habe dumme Gedanken: wenn sie reich gewesen wäre, wäre die Verliebtheit keine solche Dummheit gewesen, und doch sei die Verliebtheit eine dumme Natureinrichtung, es wäre gescheiter, wenn es das nicht gäbe oder nur bei solchen, die es sich leisten können und wenn sie die Charakteranlagen hätten; Patientin spricht dann weiter über die Eigenschaften ihres einstigen Geliebten und bringt Gedanken über ihre eigene Art des Verhaltens jenem gegenüber vor.

Züge der eigenen Persönlichkeit betreffen die Störungen bei 78. fremd (verl. RZ.), wozu Patientin bemerkt, fremd könne man auch unter den Eigenen und Bekannten bleiben, wenn man niemand darunter habe, mit dem man intimer verkehren wolle; ferner bei 19. Stolz (Fehlreaktion, verzögerte Reproduktion); Patientin gab dazu an, man habe ihr oft nachgesagt, sie sei stolz, weil sie wenig spreche; sie habe die Gewohnheit, mit solchen, die ihr nicht passen, wenig zu sprechen; es sei eine alte Gewohnheit von ihr, sie habe auch den Eltern wenig erzählt, bloß das ganz Oberflächliche, was sie jedem sagen konnte. Die weitere durch Fragen unterstützte Verfolgung dieser Assoziationsreihe führte auf die ganze Vorgeschichte der Patientin, ihre Kindheit, ihr Verhältnis zu ihrer Familie, ihre geistige Entwicklung, die Hauptzüge ihres persönlichen Schicksals, so namentlich die erwähnte unglückliche Liebesgeschichte in Innsbruck, ihre Reise nach Zürich, den Ausbruch und die Art der Erkrankung in Zürich mit dem wesentlichsten Teile des Inhalts der Stimmen, wie es nachher zusammenhängend geschildert wird.

Zum Schlusse dieser kurzen Übersicht über die subjektiven Angaben der Patientin zu einzelnen ihrer Assoziationen sind noch anzuführen die Störungen bei 58. traurig (Fehlreaktion, nicht erinnerte Reaktion bei der nächsten Assoziation), wozu die Patientin bemerkte, sie denke eben, daß es dumm sei, wenn man traurig sei, daß es ihr doch nichts helfe, wenn sie auch traurig sei über ihr Geschick; ferner bei 33. Mitleid (verl. RZ.: nicht erinnerte Reaktion): sie sei ein armer Teufel, der immer Pech gehabt habe; und zuletzt bei 94. zufrieden (Fehlreaktion), wozu Patientin bemerkt, daß sie früher oft nicht mit ihrem Schicksal zufrieden gewesen sei, und jetzt denke sie, sie hätte früher zufrieden sein können gegenüber ihrem jetzigen Zustand; mit sich selbst sei sie auch nicht zufrieden gewesen, daß sie so dumm sei und sich über alles so kränke und alles so auffasse, statt daß sie es sich leichter mache. Diese drei letzten Assoziationsstörungen beziehen sich auf den Komplex des eigenen Geschickes überhaupt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ich gebe nun im folgenden eine im Interesse des Zusammenhanges chronologisch geordnete Übersicht über das, was die Analyse der Assoziationen an psychologischem Material in der Weise zutage förderte, wie es vorstehend in den Hauptrichtungen kurz schon angedeutet wurde. Ich benutze dabei die eigenen Worte der Patientin.

Ihren jähzornigen und aufbrausenden Vater habe Patientin, soweit sie zurückdenken könne, nie leiden mögen, sie am wenigsten von ihren sechs Geschwistern. Sie sei als Kind viel kränklich gewesen, habe viel gehustet und sich leicht erkältet; der Vater, ärgerlich über das Kranksein, habe seine kranken Kinder verprügelt, so daß sie schon als Kind die Türe geschlossen habe, um sich vor den Prügeln des Vaters zu schützen. Was die Mutter betrifft, so habe Patientin diese „so ziemlich gern" gehabt, namentlich aus Erbarmen, weil der Vater die Mutter schlecht behandelte. Als sie selbst etwa zwölf Jahre alt gewesen sei, habe ein älterer Mann, bei dem sie aus irgendeinem Grunde im Auftrage des Vaters im Zimmer bleiben mußte, etwas Unsittliches von ihr verlangt, was sie aber zurückgewiesen habe; sie habe es dann nachher der Mutter erzählt und die habe ihr gesagt, sie werde doch so etwas an ihrem Beichttage nicht getan haben. Da habe sie sich verkrochen und darüber geweint, wie die Mutter auch meinen konnte, nur die Erinnerung an ihren Beichttag habe sie standhaft gemacht. Das sei auch das erste und letzte Mal gewesen, daß sie ihrer Mutter „was Intimes" gesagt habe. Später, als sie etwa 15 Jahre alt war, habe ihr der Vater, der eifersüchtig gewesen sei, daß die Kinder zur Mutter hielten, allein erzählt, daß die Mutter bei der Hochzeit von einem andern in der Hoffnung war; er habe damit, nach ihrer Ansicht, die Mutter verächtlich machen wollen. Sie sei auf diese Rede des Vaters hin, ohne etwas zu sagen, zur Türe hinaus und es habe sie, als sie nun wußte, warum der Vater die Mutter so schlecht behandelte, der Mutter verpfuschtes Leben erbarmt. Sie habe also den Eltern wenig gesagt, bloß das ganz Oberflächliche, was sie jedem sagen konnte; denn ihre Eltern hätten ihren Kindern nicht das richtige Verständnis entgegengebracht. Sie seien auch immer sehr religiös gewesen, während sie nicht soviel davon gehalten habe. Es sei einmal, als sie etwa 13 Jahre alt gewesen, ein Pater in sie gedrungen, ob sie sich gegen das sechste Gebot vergangen habe; da habe sie gedacht, sie sei doch nicht verheiratet, was er sie denn frage. Sie habe sich dann gesagt, zu dem Pater gehe sie nicht mehr in die Beichte. Als Schulkind sei sie ruhig gewesen und habe wenig Verkehr gehabt; sie habe ihrer Natur nach wenig Lust dazu gehabt, sei überhaupt vielleicht weniger lustig gewesen als andere Kinder. Nach der Schule sei sie zunächst zu Hause in Dienst gekommen. Nur einmal habe sie eine Freundin gehabt, der sie mehr, aber auch nicht alles, erzählte. Man habe ihr oft nachgesagt, sie sei stolz, weil sie wenig spreche. Sie habe eben die Gewohnheit, mit solchen, die ihr nicht passen, wenig zu reden. Fremd könne man auch unter den Eigenen und den Bekannten bleiben, wenn man niemand darunter habe, mit dem man intimer verkehren wolle.

Vom 20.—24. Jahre sei sie in Innsbruck bei ihrer verheirateten Schwester gewesen, in deren Haushalt sie half; diese Schwester habe mit ihrem Manne nicht gut gelebt. Hier in I. habe sie, während sie bis dahin nur ein paarmal

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so ein bischen verliebt gewesen sei, einen wirklich lieb gewonnen. Es sei ein lustiger und leichtsinniger Kommis gewesen, der alles leichter als sie genommen und gerne getrunken habe. Da habe sie nun bald bemerken müssen, daß sie ihre Gefühle an einen Unwürdigen gegeben habe und habe sich darüber gekränkt. Es sei dies der einzige Mensch gewesen, den sie wirklich gern gehabt habe. Die Schwester habe dann gesagt, er habe eine andere und ein anständiges Mädchen gehe nicht mit einem, der nicht heiraten könne. Aus Kränkung darüber, daß er ein Lump sei, habe sie sich nicht mehr vor ihm sehen lassen und ihm auch auf seine Briefe nicht geantwortet.

Weil sie nun mit ihrer verheirateten Schwester nicht ausgekommen sei und gehört habe, man verdiene in der Schweiz besser, sei sie, zunächst in Begleitung ihrer jüngeren Schwester, nach Zürich gegangen; sie habe diese Schwester zwar gern gehabt, aber über ihre intime Sache in Innsbruck habe sie nie mit dieser gesprochen. Diese Schwester mußte nach einigen Monaten wegen Erkrankung der Eltern nach Hause.

An ihrer letzten Herrschaft, einer Familie von vier Damen, habe sie nichts auszusetzen gehabt; nur anfangs sei sie mit der Schwester der Frau weniger gut ausgekommen. Eine dieser Frauen sei nervenkrank gewesen. Sie habe sich öfters gedacht, wenn sie nur gesund sei, mehr brauche sie nicht, dann sei sie glücklich. Sie habe sich auch wohl und gesund gefühlt. In der Freizeit habe sie harmlose Liebesgeschichten gelesen oder an die Heimat gedacht, daß es ihr leid sei, daß die Schwester nun zu Hause sei; sie habe gehofft, sie komme bald wieder. Die Schwester habe von Heiraten oder Verlobungen Bekannter von zu Hause geschrieben und da habe sie so den Gedanken gehabt, wenn sie eine Heimstätte hätte und nicht so im Dienste herum wäre und auch ihre freie Zeit hätte. Auch sonst an die Vergangenheit habe sie gedacht, daß das eine Dummheit gewesen sei, daß sie ihre Gefühle an jenen gehängt habe. Oder habe sie gedacht, andere nehmen sich eben etwas und lassen es, wenn es nicht zur Heirat komme, einfach fahren. Sie sei dumm, daß sie das nicht könne, nämlich sein wie andere. Andere machen sich nichts daraus: haben sie den einen nicht, so haben sie einen andern. Wenn sie es könnte, wie andere, hätte sie es leichter, könnte sie leichter leben. Sie habe nachgedacht, daß sie sich auch so gekränkt habe, und doch würde sie auch heute nicht anders handeln wie damals. In Zürich habe sie kein Verhältnis gehabt: sie hätte schon Gelegenheit dazu gehabt, hätte leicht Bekanntschaften haben können, es sei ihr aber nichts daran gelegen. In Gedanken wünschte sie sich selbständig und frei: sie würde allein bleiben; es sei ja am besten, allein zu sein, dann erlebe man wenigstens keine Enttäuschungen, die Leute seien doch nur falsch, jeder schaue auf sich selbst. In der Ehe sei man gewöhnlich auch nicht glücklich; so haben ihre Eltern nicht glücklich gelebt und ihre Schwester lebe nicht glücklich mit ihrem Manne. Die Verliebtheit sei eine große Dummheit, es sei eine dumme Natureinrichtung, es wäre gescheiter, wenn es das nicht gebe oder nur bei solchen, die es sich leisten könnten. Wenn sie reich gewesen wäre, wäre die Verliebtheit keine solche Dummheit gewesen. Manchmal habe sie gedacht, sie hätte sich nicht um das Gespräch der Leute kümmern sollen, dann: sie könne auch heute nicht anders denken; vielleicht, wenn sie ganz allein und fremd wäre.

Manchmal habe sie weibliche Angehörige eines nahen Cafés, die auch tags

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

viel unter der Türe standen, abends in Herrenbegleitung spazieren gehen sehen, und da habe sie schon bei sich gedacht: „Die haben es schön, die gehen spazieren." Ein Dienstmädchen im Hause, das sie nicht näher kenne, kenne jene Mädchen im Café gut. (Die Einzelheiten sind für das Verständnis des Stimmeninhalts wichtig.)

Etwa seit Oktober 1908 nun bemerkte das Mädchen eine Änderung in ihrem Zustand. Ohne äußere Ursache bekam sie Ohrensausen und Kopfschmerzen, es wurde ihr etwas übel; sie wußte selbst nicht, was es sei.

Dann träumte sie mehrmals in ähnlicher Weise: sie lag nachts in ihrem Bette, da kam ein Mann und wollte sie erwürgen; sie meinte den Druck seiner Hände an ihrem Halse zu spüren. Sie wehrte sich, kratzte ihn ins Gesicht, trat ihn, und es gelang ihr, seinen Verfolgungen zu entkommen. Noch im Traume sei sie furchtbar erschrocken und habe Angst bekommen. Im Erwachen noch haben Angst und Schrecken angehalten und sie habe sich überzeugt, ob nicht auch wirklich jemand da sei. Sie habe dann gedacht, sie habe doch sonst nie so schreckhaft geträumt.

Als sie dann eines Abends zu Bett gehen wollte, da hörte sie eine Männerstimme, die ihr persönlich unbekannt war, die aber den Klang ihrer heimatlichen, österreichischen Mundart hatte; die Stimme rief von der Straße herauf: „Das Mädel schaut immer zum Fenster herunter." Sie schaute hinaus, sah aber nichts, obwohl die Straße beleuchtet war. Dies wiederholte sich einige Male. Sie dachte: „Wer ruft denn da?" Sie habe ja nicht heruntergeschaut, man könne sie nicht meinen, es wolle ihr jemand einen Streich spielen. Als sie dann am andern Morgen die Läden öffnete, hörte sie wieder dieselbe Männerstimme. Sie kränkte sich darüber und weinte, denn sie meinte, es sei wirklich jemand da und wolle ihr einen Possen antun. Während sie nun beim Zimmeraufräumen weinte, sagte eine ihr unbekannte, weibliche Stimme, ebenfalls in der heimischen Mundart: „Das Mädel weint die ganze Zeit, die weint sich noch die Augen aus!" Dann fragte die Stimme, warum sie weine; da sagte eine andere Männerstimme: „Weil sie von ihrer Hausfrau sekkiert (schlecht behandelt) wird. Was läßt sie sich denn schlecht behandeln? Wenn sie ein fleißiges Mädchen ist, braucht sie sich ja nicht schlecht behandeln zu lassen." Sie arbeitete trotz der Stimmen weiter, mußte über den Inhalt der Stimmen bald weinen, bald lachen, worüber dann die Stimmen sagten: „Auf der einen Seite weint sie, auf der andern lacht sie." Einmal steigerten sich die Stimmen zu einem furchtbaren Lärm, Männer- und Weiberstimmen, auch von zu Hause, aber alle unbekannt; sie verstand: „Heiratssüchtig ist sie." Darauf eine Weiberstimme: „Die ist nicht heiratssüchtig; wenn sie das wäre, ginge sie doch heraus, die bleibt immer zu Hause, im Zimmer." Darauf eine Männerstimme: „Wenn die heiratssüchtig ist, bin ich auch heiratssüchtig; die schaut einen ja nicht einmal an, wenn man sie grüßt." Eine andere rief: „Blut spucken tut sie auch . . sie soll zum Doktor gehen, wird wohl wieder besser werden." Beim Zimmerputzen rief es dann: „Die tut nicht Blut spucken; wenn sie Blut spucken würde, würde sie nicht blocken." Eine andere: „Laßt das Mädchen in Ruhe, ihr macht sie ganz verrückt . . ich hab' es mit eigenen Augen gesehen, daß sie Blut spuckte . . Was ich mit eigenen Augen sehe, laß' ich mir nicht abstreiten." (Pat. gab an, daß sie früher mit 15 Jahren einmal Blutspucken gehabt habe.) Die Stimmen schienen auch miteinander zu streiten,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und eine Stimme sagte: „Da unten streiten sie wegen dem Mädel." Ein andermal sagten die Stimmen: „Man will dich umbringen." Sie nahm dann ein Messer, um sich zu wehren; da sagte eine Stimme: „Sie sieht sich schon das Messer an, ob es scharf ist." Als sie einmal über die Straße ging, rief es aus allen Ecken: „Heute weint sie nicht mehr"; es war so laut, daß sie sich umschaute. Ferner sprachen die Stimmen davon, daß sie nachts Geld zähle; deswegen müsse sie sich fürchten, umgebracht zu werden; man habe ihr zugeschaut, zum Fenster herein.

Zur Zeit des Beginnes der Erkrankung bekam sie Besuch von ihrem Bruder, der auf der Durchreise in die Heimat war; sie sagte ihm nichts von den Stimmen. Als sie ihn beim Abschied küßte, schrie eine Stimme: „Die gibt ihrem Schatz einen Kuß." Weiter hieß es, sie sei falsch, hätte jemand zum Narren gehabt. Ferner: „Da in der Wirtschaft (dem früher erwähnten Café) unterhalte man sich; das Mädel von der unteren Herrschaft sei auch dort gewesen, die wolle sie auch dorthin bringen. Man locke die Mädel hinein, um sie zu verführen. Die Wirtschaft sei eine rechte Hurenbude." Sie habe tatsächlich keinen näheren Verkehr mit diesem Dienstmädchen gehabt und sie nur oberflächlich gekannt; trotzdem habe sie sich über das Mädchen gekränkt und zu sich selbst gesagt, wie man so schlecht sein könne. Über ihren früheren Geliebten in Innsbruck sagten die Stimmen: „Er habe sie auch gerne gehabt, aber die andern hätten ihn verspottet, weil sie ihn kalt behandelt habe, deswegen habe er sich müssen um eine andere umschauen." Weiter hieß es, man hielte sie für eine Nihilistin und lasse sie polizeilich bewachen. Der Inhalt ihrer Briefe wurde wiederholt; es hieß: sie schreibe zu viel; man habe sie von den Nachbarhäusern beobachtet, weil sie nicht wäre wie andere. Darauf sagte eine Stimme: sie sei doch ein harmloses Mädel; es sei alles nicht so, wie man es ihr nachgesagt habe, sie müsse Genugtuung bekommen. Auch über kleine Versehen im Dienst äußerten sich die Stimmen, so z. B. beim Kochen: „Die läßt alles überkochen." Ferner hieß es bei den Stimmen: sie sei in der Hoffnung. Eine andere Stimme rief: „Wenn die in der Hoffnung ist, bin ich auch in der Hoffnung; die sitzt ja die ganze Zeit in ihrem Zimmer." Weiter: ihrer Vorgängerin sei es auch so gegangen wie ihr, daß sie allerhand durch Stimmen gehört habe. Dann: sie werde verfolgt als Ausländerin; der sei es wohl ganz gleich, ob einer ein Schweizer oder ein Österreicher sei. Die mache noch Reklame für die Schweizer Wochenbibliothek, wo sie doch als Ausländerin verfolgt werde. (Dies bezieht sich auf ihre Lektüre, die sie daher bezog.) Auch gesungen habe es: „Am Bache steht des Fischers Haus, da schaut ein schwarzbraunes Mädel heraus. . ." Einmal schrie es, sie solle zum Fenster hinunterschauen, es seien Österreicher unten. Dann: sie sei nur in die Schweiz gekommen, um hier heiraten zu können: darauf eine andere Stimme: ein Schweizer heirate selten eine Ausländerin; eine andere: man brauche ja gar nicht zu heiraten, aber gute Freunde können sie sein. Dann hieß es: sie habe eben Halluzinationen, sei ein hysterisches Frauenzimmer; sie sei falsch, sie stelle sich hysterisch. Eine andere Stimme: die wisse nicht einmal, was hysterisch sei. Wenn sie las oder schrieb, hörten die Stimmen auf, begleiteten sie aber bei ihrem sonstigen Tun. Auch sagten die Stimmen, wenn sie hier in der Schweiz bleibe, dann müßte sie dieses Jahr noch sterben.

Im Anfang habe sie, als sie die Stimmen hörte, wollen ins Wasser springen, weil sie den Gedanken bekam, sie sei verrückt geworden. Man durfte bloß

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hinter ihr gehen, so fuhr sie erschrocken zusammen, fürchtete sich bei jedem Geräusch, weil ja die Stimmen auch gesagt hätten, man wolle sie umbringen. Einmal habe sie einer so von oben bis unten angeschaut, daß sie auf den Gedanken gekommen sei, der schaue sie darauf an, ob sie in der Hoffnung sei.

Dies ist das psychologische Material, das ich während des kurzen Aufenthaltes der Patientin in der Klinik gewinnen konnte[1]). Ich fasse das Wesentliche kurz zusammen.

Patientin wuchs nach ihrer Schilderung unter unglücklichen häuslichen Verhältnissen auf. Sie konnte weder zum Vater, noch zur Mutter wirkliche Zuneigung fassen, verschloß auch Geschwistern und Freundinnen ihr Innerstes und fühlte sich bei großer Empfindsamkeit unverstanden und fremd. Vom Elternhause ging sie zur verheirateten Schwester, die wie die Eltern in fragwürdiger Ehe lebte. Hier kam es zu einem ernstlicheren Versuch, einem Manne ihre Neigung zuzuwenden; dieser Versuch mißlang. Nun geht sie in die Fremde, zieht sich von der Familie mehr zurück. Die Tendenz nach einem Sichabschließen, dem Alleinsein, tritt in der auch objektiv geschilderten Verschlossenheit des Mädchens, ihrem Ausschluß von jedem Verkehr mit der Außenwelt, soweit dies nicht die Stellung als Dienstmädchen absolut erforderte, deutlich hervor. Sie stellt in ihren Gedanken Betrachtungen über die „Torheit" ihrer früheren Verliebtheit und der Liebe überhaupt an, wünscht sich allein und unabhängig von den Anforderungen der Welt, sie spinnt sich in Phantasien ein. Man sieht in diesem psychologischen Verhalten eine deutliche Ablehnung dagegen, sich, wie etwa andere Mädchen ihres Alters, äußeren Interessen und Betätigungen hinzugeben, namentlich auch Anknüpfung neuer erotischer Beziehungen anzustreben; das Mädchen sucht vielmehr die erotischen Probleme mit der Charakterisierung einer dummen Natureinrichtung zu erledigen, sie sucht die erotischen Komplexe wegen ihrer unangenehmen Gefühlsbetonung, die sie für sie haben, auch bewußt zu verdrängen.

Bei einem derartigen psychologischen Zustande entwickelt sich nun in unserem Falle, mit Angstträumen beginnend, die „akute Psychose", deren Hauptsymptome hier im Auftreten von Stimmen mit der entsprechenden Reaktion der Patientin darauf bestehen. Für die psychologische Auffassung und theoretische Verwertung dieser Symptome greifen wir auf die Anschauungen zurück, die Jung über die Psychologie der Dementia praecox entwickelt hat; ich werde daraus das, was für die theoretische Erläuterung des vorliegenden Falles in Betracht kommt, mit den Worten Jung's anführen.

[1]) Die Remission hat bis jetzt angehalten. Ich erfuhr kürzlich, daß das Mädchen wieder im Dienst ist, aber noch an Müdigkeit und Kopfschmerzen leidet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jung sieht in den Stimmen automatische Phänomene, die mit elementarer Wucht und Fremdartigkeit in das Bewußtsein einbrechen und weist auf das theoretische Ergebnis hin, das schon Freud auf Grund einer Analyse einer Paranoiden gewonnen hatte, daß sich nämlich in Form und Inhalt der Symptome (der Stimmen) Gedanken äußern, die infolge ihres Unlusttones mit dem Ichbewußtsein unverträglich waren und deshalb verdrängt wurden. Wenn also der für Dementia praecox charakteristische psychische Zustand eintritt, so sind in den auftretenden Automatismen die abgespaltenen Vorstellungsreihen, d. h. die verdrängten Komplexe (wie sie auch Hysterische und Normale haben), enthalten, das ganze Heer der gebändigten Gedanken wird entfesselt. Halluzination, fährt Jung fort, ist Projektion psychischer Elemente nach außen schlechthin; die Dementia praecox löst damit nur einen präformierten Mechanismus aus, der normalerweise regelmäßig im Traume funktioniert. Zum Traume bemerkt Jung, unter Bestätigung der Ansichten der Freud'schen Traumdeutung: Alle starken Wünsche sind Themata der Träume; die Träume stellen sie als erfüllt hin, aber (meist) nicht in den Vorstellungen der Wirklichkeit, sondern in traumhaft undeutlichen Metafern. Der Traum, diese Halluzinose des normalen Lebens, ist nichts als eine halluzinatorische Darstellung verdrängter Komplexe. So sehen wir, sagt Jung, daß abgespaltene Gedanken eine deutliche Neigung haben, sich halluzinatorisch dem Bewußtsein aufzudrängen; diesen präformierten Mechanismus löst, wie gesagt, die Dementia praecox aus, die Stimmen wachsen aus den Komplexen hervor. Es werden, wie sich Jung auch ausdrückt, die sonst halb- oder unbewußten Gegensatzpaare des Denkens, d. h. Wunscherfüllung und Wunschbeeinträchtigung, in der akuten Phase der Psychose entblößt, sie kommen näher an die Oberfläche; die Dementia praecox hat die Decke des Bewußtseins durchlöchert, so daß man jetzt hineinsehen kann in das automatische Getriebe der unbewußten Komplexe. Die Analyse einer Dementia praecox bringt nach Jung ein Material, das wie bei einem Traum nach „Traumgedanken" zentriert ist, d. h. nach Gedanken, die aus dieser Persönlichkeit und aus diesen Umständen heraus psychologisch verständlich sind.

Sehen wir nun zu, inwieweit diese Anschauungen Jung's den vorliegenden Fall erläutern können. Es ist leicht zu sehen, daß hier die Stimmen tatsächlich und in unentstellter Weise direkt Komplexe der Patientin bearbeiten; interessant ist dabei die kontrastierende Richtung der Stimmen auch untereinander: der Inhalt der einen wird durch andere sofort bestritten und aufgehoben. Die einleitenden Angstträume lassen den, der Traumanalysen kennt, die sexuelle Wurzel unschwer erkennen. Was nun die Stimmen anlangt, so ist an deren Inhalt sofort in die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Augen springend, daß sie allerlei Aussagen machen, die als Ausdruck von Gedanken und Phantasien eines Mädchens im Alter der Patientin leicht verständlich sind, so, sie sei heiratssüchtig, nur in die Schweiz gekommen, um zu heiraten; andere Stimmen betreffen mehr heimliche, versteckte Phantasien, die vom Bewußtsein ungern oder gar nicht anerkannt werden, so, sie sei in der Hoffnung, man wolle sie in jene zweifelhafte Wirtschaft locken, um sie zu verführen. Immerhin wird man diesen Inhalt als Wünsche auffassen dürfen, die allerdings der Verdrängung unterlegen sind, und nicht bloß bewußt lehnt Patientin solche Gedanken als ihr ganz fremd unter Affektäußerung ab, sondern ein Teil der Stimmen selbst tritt diesen Gedanken widersprechend und korrigierend gegenüber: sie bleibe ja immer zu Hause im Zimmer, schaue einen ja nicht einmal an, wenn man sie grüße; ein Schweizer heirate selten eine Ausländerin. In anderen Stimmen wird der Komplex, der sich auf den früheren Geliebten bezieht, bearbeitet, worin sich eine Fixierung dieses Komplexes, der doch erledigt zu sein schien, ausspricht (eine solche Fixierung eines Komplexes, der nicht mehr überwunden werden kann und dadurch die Psyche an der zweckmäßigen weiteren Anpassung an die Umgebung hindert, ist nach Jung charakteristisch für die Psychologie der Dementia praecox); die Stimmen sagen, sie hätte jenen zum Narren gehabt, er habe sie gerne gehabt, aber die andern hätten ihn verspottet, weil sie ihn kalt behandelt habe, deshalb habe er sich müssen um eine andere umschauen. Aus einem leisen Schuldgefühl an dem unglücklichen Ausgange, das sich hier in dem Stimmeninhalt ausspricht, darf man auf den Wunsch, es möchte anders gegangen sein, schließen. Der bisher behandelte Stimmeninhalt bearbeitet also durchsichtig einen (verdrängten) erotischen Komplex nach verschiedenen Richtungen, wie er sich ja auch in den Assoziationen in sehr pointierter Weise bemerkbar gemacht hat. Zu einem Beeinträchtigungskomplex, dem auch ein hypochondrischer Stimmeninhalt zuzurechnen ist, gehören die Stimmen, die davon sprechen, sie weine, weil sie von ihrer Hausfrau schlecht behandelt werde, man lasse sie polizeilich bewachen, sie sei eine Nihilistin, man wolle sie umbringen, wenn sie in der Schweiz bleibe; sie spucke Blut. Damit kontrastieren andere Stimmen, die das Mädchen als fleißig und harmlos bezeichnen, sie müsse Genugtuung bekommen, man solle sie in Ruhe lassen, es sei alles nicht so, wie man es ihr nachgesagt habe.

Überblickt man also den Stimmeninhalt in dieser kurz skizzierten Weise, so sieht man sehr deutlich die beiden kontrastierenden Richtungen, deren eine namentlich durchsichtig erotische Wünsche bearbeitet, die von der anderen bekämpft und abgelehnt werden, in welcher Tendenz diese sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit dem bewußten Verhalten der Patientin deckt, die ja über diesen Teil der Stimmen weint und sich über sie kränkt.

Wir können also zusammenfassend sagen, daß wir aus der Analyse dieses Falles (wie auch auf Grund anderweitiger Erfahrungen) ersehen, wie die Assoziationsmethode und die Anschauungen, die Jung in seiner Psychologie der Dementia praecox gibt, dazu dienen können, in die individualpsychologischen Grundlagen der Symptome der Dementia praecox Einsicht zu bekommen. Der Weg, der uns die nötigen Einblicke bringt, ist durch die Psychanalyse Freud's geschaffen und durch die Jung'sche Assoziationsmethode in sehr wertvoll ergänzender Weise leichter zugänglich gemacht worden.

II. Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung am 12. Juli 1909.

Bericht von **Dr. Schayer,** Dalldorf-Berlin.

Fortsetzung der Diskussion zu dem in der Sitzung am 10. Mai 1909 gehaltenen Vortrag **Stier:** Erkennung und Bedeutung der Linkshändigkeit.

M. Rothmann: Die Bedeutung der Linkshändigkeit als eine angeborene Rechtshirnigkeit wird ganz besonders klar beleuchtet durch die von R. festgestellte Apraxie der rechten Hand bei linksseitig hemiplegischen Linkshändern. Trotz der andauernden Übung der rechten Hand von Jugend auf machen sich deren Hirnzentren von dem Einfluß der rechten Hirnhemisphäre nicht frei. In beiden von R. beobachteten Fällen hat die weitere Beobachtung eine Besserung dieser Apraxie unter andauernder Übung, aber kein völliges Schwinden derselben gezeigt. Ein neuerdings beobachteter Fall von Schädelverletzung und Hirnläsion im Gebiete der rechtsseitigen Zentralwindungen mit linksseitiger Hemiplegie bei einem Rechtshänder zeigte nicht die Spur einer Apraxie der rechten Hand. Was nun die Beziehungen zwischen Sitz der Sprache und Rechts- bzw. Linkshändigkeit betrifft, so sind dieselben bei angeborener Linkshändigkeit sehr innige. Eine neue Beobachtung R.'s zeigt aber, daß bei in frühester Kindheit erworbener Linkshändigkeit der Sitz der Sprache nicht in die rechte Hemisphäre zu wandern braucht. Ein 60jähriger Redakteur erlitt als Kind von neun Monaten eine rechtsseitige Hemiparese, die sich zwar weitgehend zurückbildete, aber eine vollkommene Linkshändigkeit bewirkte (Brotmesser, Redaktionsschere mit linker Hand). Schreiben erlernte er rechts. Jetzt bekam er einen apoplektischen Insult mit motorischer Aphasie und Lähmung des rechten Arms. Trotz der Linkshändigkeit war aber das Sprachzentrum links. — R. weist endlich darauf hin, daß auch das Brotschneiden bei ausgesprochenen Linkshändern bisweilen mit der rechten Hand ausgeführt wird. Autoreferat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schuster: Kann der Vortragende vielleicht auf Grund seiner Untersuchungen eine Erklärung für die merkwürdige Tatsache geben, daß die Frauenkleidung durchgehends — und zwar nicht nur hier bei uns in Deutschland — gerade entgegengesetzt geknöpft wird wie die Kleidung der Männer. Während wir so knöpfen, daß wir die linke Seite über die rechte knöpfen und demgemäß die rechte Hand bei dem Knöpfakt hauptsächlich beschäftigen, machen es die Frauen bekanntlich genau umgekehrt. Da der Vortragende, wenn ich recht gehört habe, gewisse Unterschiede bei seinen Untersuchungen über die Linkshändigkeit zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht gefunden hat, so wäre es vielleicht denkbar, daß jener Unterschied im Knöpfakt Beziehungen zu der Linkshändigkeit hätte.

Ferner gestatte ich mir den Kollegen Stier darauf aufmerksam zu machen, daß die meisten Kinder beim Erlernen des Treppensteigens und noch mehr beim Erlernen des Herabsteigens auf Treppen in der Regel ein Bein zu bevorzugen pflegen. (Nach Beobachtungen, die ich an mir selbst gemacht habe, möchte ich fast glauben, daß auch der erwachsene Mensch ein Bein bei den genannten Bewegungen zu bevorzugen pflegt.) Da der Vortragende bis jetzt noch kein bequemes Reagens zur Prüfung einer etwaigen „Linksbeinigkeit" gefunden hat, so gestatte ich mir, seine Aufmerksamkeit auf das Treppensteigen resp. Herabsteigen zu lenken. Bei der Verwertung dieses Reagens wäre allerdings noch zuerst festzustellen, ob das Standbein oder das Bewegungsbein als das mehr arbeitende anzusehen ist. Autoreferat.

Jacobsohn schließt sich dem Urteil der Vorredner an, daß Stier sich durch seine gründliche Untersuchung über Linkshändigkeit ein großes Verdienst erworben hat, indem er dadurch die Beurteilung dieses Zustandes auf eine feste Grundlage gestellt hat. Bisher ist diese Beurteilung oft genug eine recht oberflächliche und ganz willkürliche gewesen. Das gilt nicht nur für die Linkshändigkeit, sondern vielleicht noch mehr für die Ambidextrität. Die ganz willkürliche Annahme solcher Zustände geschieht nicht nur bei Lebenden, sondern sogar noch bei Toten, und zwar gewöhnlich immer dann, wenn der Obduktionsbefund mit den während des Lebens beobachteten Erscheinungen nicht recht in Einklang zu bringen ist. Zu diesen Fällen scheint J. auch derjenige von Joffroy zu gehören, den der Vortragende angeführt hat. Joffroy hatte bei einem Patienten, der während des Lebens sich als Rechtshänder erwies, nur deshalb, weil er als Grundlage einer sensorischen Aphasie bei diesem Patienten einen Herd im rechten Schläfenlappen fand, angenommen, daß dieser Patient doch ein geborener Linkshänder sein müßte. Er tut dies nur gezwungen durch den überraschenden Sektionsbefund, weil er trotz sorgfältigster (aber nicht mikroskopischer) Untersuchung im linken Schläfenlappen keine pathologischen Veränderungen entdecken konnte, also ganz willkürlich nach einem vom Gewöhnlichen abweichenden Obduktionsbefunde. Wie sehr man in dieser Hinsicht Täuschungen unterliegen kann, dafür führt J. folgenden bemerkenswerten Fall an: Ein Patient, welcher an einer Ohreiterung auf dem linken Ohr litt, wurde im weiteren Verlaufe seiner Krankheit somnolent, bekam eine rechtsseitige Lähmung, wurde amnestisch aphasisch und bekam Fieber. Nach diesen Kardinalerscheinungen, die alle auf die linke Hemisphäre hinwiesen, mußte eine Affektion des linken Schläfenlappens angenommen werden. Es ergab sich aber bei der Obduktion zunächst eine Erweichung (meningitisch-enzephalitischer Art)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im rechten Schläfenlappen und im angrenzenden Gyrus frontalis inferior. Wäre hier keine mikroskopische Untersuchung erfolgt, so würde dieser Fall wohl einer ähnlichen Beurteilung unterlegen sein, wie derjenige von Joffroy. Die mikroskopische Untersuchung ergab nun, daß die Hauptveränderung zwar in der rechten Hemisphäre saß, daß aber auch die Rinde des linken Schläfenlappens von der Entzündung betroffen und geschädigt war, daß hier die Erweichung auch auf das Corpus striatum und weiter auf die innere Kapsel übergegangen und in letzterer die linke Pyramidenbahn geschädigt hatte. Die mikroskopische Untersuchung hat also den Fall erst zur Klärung gebracht und vor einer falschen Beurteilung behütet. Autoreferat.

Forster glaubt nicht, daß bei Linksern die Differenz der Funktionstüchtigkeit sich generell auf die ganze Seite erstreckt. Er kennt einen exquisiten Linkser, der rechts springt, und andererseits eine rechtshändige Dame, bei der die linke Gesichtshälfte überwiegt.

Gutzmann fragt, ob Vortr. eine Erklärung dafür geben kann, daß in der deutschen Armee mit dem linken Fuß angetreten wird. Vielleicht rühre die Exerziervorschrift von einem Linkser! — Auffallend ist es, wie schnell Kinder die Sprache wieder lernen und Ausfälle zu ersetzen vermögen. Bernhardt hat bereits früher ausgeführt, daß man die Anpassung durch Übung der linken Hand beschleunigen kann.

Jacobsohn fragt Liepmann, in welcher Weise die photographische Aufnahme der Bilder, welche er in der letzten Sitzung demonstriert hat, geschehen wäre. Korrekt würde dieselbe nur in der Weise erfolgt sein, wenn die Medianlinie des Kopfes der aufzunehmenden Person genau senkrecht zu einer Querebene gestellt wäre, sodann die photographische Platte genau parallel zu dieser Querebene stände, und nun die Medianlinie des Bildes genau in der Verlängerung der Medianlinie des aufzunehmenden Objektes fiele. Eine geringe Abweichung hiervon könnte eventuell schon bemerkenswerte Unterschiede zwischen der rechten und linken Gesichtshälfte ergeben. Autoreferat.

Liepmann erwidert auf die Bemerkung M. Bernhardt's in der vorigen Sitzung, daß auf den Photographien nicht die linken, sondern im Gegenteil bei der Mehrzahl der Fälle die rechten Hälften schmäler sind. Von 16 Personen hatten nur 3 rechts breitere, 9 links breitere Schädel. In vier Fällen, in denen die Breite des Kopfschädels rechts und links gleich war, überwog die Gesichtsbreite ebenfalls links.

Was die Technik anbetrifft, so hat die Photographin das mögliche getan, um beiden Seiten gleiche Beleuchtung zu geben und den Kopf ganz en face aufzunehmen. Ganz kleine Fehler sind nicht zu vermeiden, schaden aber nicht, da sie keine konstante Richtung haben. Autoreferat.

Stier (Schlußwort): Die von Liepmann das vorige Mal demonstrierten Bilder sind mir eine sehr willkommene Ergänzung meiner Untersuchungen. Auch ich habe feststellen können, daß das Zentrum des Fazialis durchaus teilnimmt an der funktionellen Differenz der Hirnhälften; es zeigt sich das an der größeren Geschicklichkeit des gleichnamigen Fazialis beim Rechtshänder bzw. Linkshänder bei einem isolierten Augenschluß und beim Verziehen des Mundes (ohne Kiefer) nach der Seite, etwas auch bei der stärkeren Beteiligung der einen Gesichtshälfte beim Sprechen, Weinen und anderen Ausdrucksbewegungen. Daß auch trophische Differenzen in dem gleichen Sinne bestehen, beweisen die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erfahrungen der Pathologie bei der Hemiatrophia und Hemihypertrophia faciei, welche vorwiegend links bzw. rechts sitzen beim Rechtshänder, der Sitz der überzähligen Brustwarzen, der Hasenscharten usw.

Bezüglich der Beziehungen der Linkshändigkeit zur Degeneration möchte ich noch einmal ausdrücklich betonen, daß ich sehr wohl weiß, daß manch ein bedeutender Mann der Geschichte und viele ganz normale und sehr tüchtige Männer der Gegenwart linkshändig sind. Ich habe auch nichts weiter sagen wollen und auf Grund meines Materials wohl erwiesen, als daß degenerative Züge bei Linkshändern prozentual häufiger sind als bei Rechtshändern. Für das Einzelindividuum folgt daraus natürlich nichts.

Gutzmann bin ich außerordentlich dankbar nicht nur für seine interessanten Mitteilungen über frühzeitige Bevorzugung einer Hand und eines Fußes bei kleinen Säuglingen, sondern noch mehr für die Nachprüfung meiner Angaben über den Zusammenhang zwischen Linkshändigkeit und Sprachstörungen, der danach noch viel inniger und weitgehender zu sein scheint, als ich je gedacht hatte. In einem gewissen Gegensatz zu G. stehe ich jedoch insofern, als ich die Frage noch nicht für „gelöst" erachten kann. Denn die beiden früheren Hinweise auf solchen Zusammenhang bei Sikorski und Lueddeckens sind nicht nur von mir früher übersehen worden, sondern sie sind auch weder von G. noch von Liepmann in ihren zahlreichen Arbeiten über Sprachstörungen jemals erwähnt worden. Sie scheinen mir aber wertvoll und aussichtsreich nach drei Richtungen: erstens sind sie viel mehr als die von Maas erwähnten, in ihrer Richtung recht wechselnden Zungenabweichungen ein Beweis für die organische Grundlage vieler Sprachstörungen; zweitens sind sie gewiß prognostisch verwertbar und drittens hoffe ich viel für die Therapie daraus, nachdem sich gezeigt hat, daß Übungen im linkshändigen Schreiben ein vikariierendes Funktionieren des rechtshirnigen Sprachzentrums bei Rechtshändigen begünstigt. Eine möglichst intensive Ausbildung der linken Hand statt der von den Müttern erstrebten der rechten Hand bei stammelnden und stotternden linkshändigen Kindern erscheint mir daher aussichtsvoll für die Behandlung der Sprachstörungen.

Das Antreten unserer Armee mit dem linken Fuß beim Marschieren erkläre ich mir als Folge der durch das linksseitige Tragen des Gewehres verschobenen Gleichgewichtslage des Körpers.

Rothmann's äußerst interessante Fälle sind eine Stütze meiner Ansicht, daß die rechts- bzw. linkshirnige Veranlagung des einzelnen Menschen wenig oder gar nicht durch die Erziehung umgestimmt werden kann. Die Erfahrungen von Schuster über das Antreten der Kinder beim Treppensteigen dürften wohl kaum sehr verwertbar sein, doch will ich im weiteren darauf achten. Forster gegenüber möchte ich betonen, daß die von mir aufgestellten Methoden der Geschicklichkeitsproben bei Fuß und Fazialis nur Regeln, kein Gesetz darstellen, und daß Ausnahmen davon mir wohl bekannt sind und nichts gegen die generelle Richtigkeit meiner Anschauungen beweisen können. (Autoreferat.)

Diskussion zu der in der Sitzung vom 10. Mai 1909 stattgehabten Demonstration **M. Rothmann's:** Zur Physiologie der Großhirnrinde.

Jacobsohn beglückwünscht Rothmann dazu, daß ihm nach vieler Mühe ein so schwieriges Experiment so glänzend gelungen ist, und spricht den

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wunsch aus, daß der großhirnlose Hund noch recht lange am Leben bleiben möge, damit noch recht viele Probleme der Hirnforschung an ihm einer Lösung oder Klärung entgegengeführt werden können. Zu diesen Problemen rechnet J. auch dasjenige über die Natur und das Zustandekommen der sog. automatischen Bewegungen, und fragt Rothmann, ob er im weiteren Verlaufe seiner Beobachtung solche automatischen Bewegungen an seinem Hunde wahrgenommen hat, und welche das wären. Bekanntlich werden solche Bewegungen noch zur Gruppe der reflektorischen gerechnet, nur daß sie viel komplizierter sind, und daß dabei die Bewegungen durch interkurrierende Reize verschieden modifiziert werden können. Es sei immer noch eine Streitfrage, ob bei diesen automatischen Bewegungen eine Mitwirkung der Hirnrinde stattfindet oder nicht. In dieser Beziehung könnte wohl gerade der Hund von Rothmann manches zur Aufklärung beitragen. J. erwähnt das auch gerade im Hinblick auf die Experimente von O. Kalischer. Bei dessen Hunden sei aber die Beurteilung eine so schwierige, weil diese Hunde zu ungefähr drei Viertel Rindentiere, d. h. psychisch arbeitende, und etwa zu einem Viertel Reflextiere seien, während der Hund von Rothmann ein rindenloses Tier darstelle. Autoreferat.

M. Rothmann (Schlußwort): Was die Fragen nach den Leistungen des großhirnlosen Hundes hinsichtlich der automatischen Bewegungen betrifft, so betont Vortr., daß die Beobachtung eines derartigen Hundes wohl darüber Auskunft gibt, was bei Fortfall des Großhirns die phylogenetisch alten Zentren der tiefen Hirnabschnitte an Leistung zu übernehmen vermögen, dagegen nichts über die Verteilung der Leistungen zwischen Großhirnrinde und tieferen Zentren unter normalen Verhältnissen. Vortr. weist auf die eigenartigen Beziehungen zwischen Großhirn und tieferen Zentren hin, die bewirken, daß Fortfall der Hinterhauptlappen den Blinzelreflex, Fortfall der Schläfenlappen die Ohrbewegungen aufhebt, während diese reflektorischen Vorgänge an Augen und Ohren nach Fortfall des ganzen Großhirns erhalten sind. Der großhirnlose Hund lebt jetzt vier Monate und ist völlig munter. Vor einem Monat aber hatte er einen schweren Krampfanfall, der rein tonisch verlief und damit die von Ziehen vertretene Anschauung bestätigt, daß die klonischen Krämpfe von der Rinde des Großhirns abhängig sind. Nur die Nasenflügel zuckten klonisch, entsprechend den stehen gebliebenen basalen Resten des Großhirns. Nach Überstehen des Anfalles waren die Wutanfälle völlig geschwunden; zugleich aber machten sich außerordentliche Fortschritte der Nahrungsaufnahme bemerkbar, indem der Hund das Fleisch aus dem Napf ohne Hilfe verzehrte. Mit dem Wiederauftreten der Wutanfälle ging diese Leistung wieder beträchtlich zurück. Auch hier zeigt sich also die eigentümliche Beeinflussung der verschiedenen Leistungen des Gehirns aufeinander in teils fördernder, teils hemmender Richtung. Die weitere Beobachtung des großhirnlosen Hundes läßt noch wichtige Aufschlüsse erwarten. Autoreferat.

Jacobsohn: Demonstration von Frontalschnitten durch zwei Hundegehirne, denen O. Kalischer beide Schläfenlappen exstirpiert hat.

J. erwähnt die bedeutsamen Untersuchungen von O. Kalischer mit seiner Tondressurmethode und die Tatsachen, welche Kalischer gefunden hat, daß Hunde das Tonunterscheidungsvermögen nach Exstirpation beider Schläfenlappen behalten, und daß die Dressur auch noch nach erfolgter Operation bei ihnen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gelingt. Kalischer hätte daraus geschlossen, daß die Hörreaktionen bei diesen dressierten Hunden von den bulbären Akustikuszentren ohne Beteiligung der Hörrinde zustande kommen. Da Zweifel von Munk und Rothmann erhoben worden sind, ob Kalischer auch vollständig alles, was für die kortikale Hörsphäre in Betracht käme, bei seinen Operationen entfernt hätte, so hat J. zwei Gehirne der von Kalischer operierten Tiere nach der Marchi'schen Methode behandelt und sie alsdann in Frontalschnittserien zerlegt. Die demonstrierten Schnitte erweisen, daß Kalischer bei den beiden Hunden den ganzen Schläfenlappen von der Fissura sylvii bis zur hinteren Zirkumferenz der Hemisphäre vollständig entfernt hat, daß die Exstirpation nach oben bis zum Sulcus lateralis, nach unten bis zur Fissura rhinalis erfolgt ist, und daß er auch in dieser ganzen Gegend die Marksubstanz bis zum Ventrikel entfernt hat. Stehen geblieben sind bei der Operation nur die vordersten Anteile des Gyrus sylviacus anterior und des Gyrus ectosylvius anterior, also Rindenteile, die ungefähr $^1/_2$—1 cm nach vorn von der Fissura sylvii gelegen sind. J. ist danach der Ansicht, daß in anatomischer Hinsicht die Entfernung aller derjenigen Rindenteile, welche man in Beziehung zur Hörsphäre setzen kann, geschehen ist. Nachdem Jacobsohn noch der merkwürdigen Tatsache Erwähnung getan hat, daß sich trotz so ausgedehnter Rinden- und Markentfernung keine sekundären Degenerationen mittels der Marchi'schen Methode hätten nachweisen lassen, bespricht er diejenigen Einwände, die er selbst in physiologischer Hinsicht gegen die Schlußfolgerungen Kalischer's zu machen hat. Er meint, daß es nicht ganz verständlich wäre, warum nur der eine Hörreiz, der sog. Freßton, von dem bulbären Akustikuszentrum auf das motorische subkortikale Zentrum übergreife, und die anderen dies nicht täten. Wenn man annähme, daß die anderen (negativen) Töne jeder für sich einen geringeren Reiz darstellten, so müßten es doch eventuell mehrere dieser Töne zusammen bewerkstelligen können. Das sei aber nicht der Fall. Man muß demnach annehmen, daß das bulbäre Akustikuszentrum für andere Töne als den Freßton durch die Dressur, d. h. von der Rinde aus, abgestumpft werden könnte, und daß dieses Zentrum auch nach Wegnahme der Hörrinde selbständig dieses angelernte Unterscheidungsvermögen vom positiven (Freßton) und von den negativen beibehalten könne. Das sei doch aber eine Annahme, die vorläufig noch starkem Zweifel unterliege. Aber selbst wenn man diese Tätigkeit eventuell noch unter die automatischen subsummieren könnte, so wäre doch Voraussetzung solcher automatischen Tätigkeit, daß sie ohne Mitwirkung des Bewußtseins stattfänden. Davon hatte sich aber J. bei Demonstration der Hunde Kalischer's nicht überzeugen können. Die Hunde machten den Eindruck, als ob sie den ganzen Vorgang der Aufnahme der Hörreize und des Ergreifens der Nahrung mit gespanntester Aufmerksamkeit begleiten. Ferner macht J. geltend, daß auch der motorische Akt der Nahrungsnahme bei den Hunden Kalischer's nach dem Eindrucke, den man bei der Demonstration gewann, nicht automatisch, sondern psychisch, d. h. von der Rinde aus erfolgte. Wenn das aber von der Rinde aus geschieht, so muß zweifellos auch der motorischen Rinde ein Reiz zufließen, der sie zur Aktion veranlaßt. Der Weg könne also nicht allein über subkortikale Zentren, sondern er müsse über kortikale gehen. Da nun der zuführende Weg über die Hörsphäre abgeschnitten sei, so müsse die Verbindung hilfsweise auf einem Nebenwege stattfinden, und das könne nur der allgemein sensible sein. Zugunsten der Annahme dieses

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hilfsweges führt J. Beobachtungen an bei niederen Tieren, die auf Hörreize reagieren, obwohl sie gar keine Hörleitungsbahn besitzen; ferner führt er an, daß die amerikanische Studentin Helen Keller, die peripherisch vollkommen blind und taub sei, nach ihrem eigenen Berichte verschiedene Geräusche und Töne durch ein verschiedenes Vibrationsgefühl unterscheiden kann. In ähnlicher Weise könne eventuell auch bei den operierten Hunden die sensible Bahn aushilfsweise für die akustische eintreten, wo es sich nur um Unterscheidung einzelner Töne oder Geräusche handele. J. macht schließlich geltend, daß, wenn die Annahme von Kalischer zutreffend wäre, man diese Tonreaktionen auch bei anderen Tieren, die stark ausgebildete bulbäre Akustikuszentren hätten, z. B. bei der Katze, erhalten müßte. Auch die Annahme von Kalischer, daß nach Zerstörung der hinteren Vierhügel, wonach gleichfalls die Tondressur ihm noch gelang, das den Hörreiz aufnehmende und verarbeitende Zentrum unterhalb der hinteren Vierhügel liegen müsse, sei nicht einwandsfrei, da es noch nicht erwiesen sei, ob die ganze Hörleitung in den hinteren Vierhügel eine Unterbrechung erleidet. Autoreferat.

O. Kalischer fügt einige Bemerkungen über das Verhalten der von ihm operierten Hunde hinzu, deren Gehirne Jacobsohn demonstriert hat. Obwohl noch von den Hinterhauptslappen ein beträchtlicher Teil, besonders die medialen Abschnitte, stehen geblieben waren, so hatte sich doch bei den Hunden, wohl infolge der Zerstörung der Sehbahnen, vollständige Blindheit eingestellt. Es beweist das, daß durch die Exstirpationen ein noch weit größerer Ausfall an Rindenfunktionen entstanden war, als den Exstirpationsstellen entsprach. Das Erhaltenbleiben der Tondressur nach den umfangreichen beiderseitigen Exstirpationen läßt kaum einen anderen Schluß zu, als daß die Tondressur unterhalb der Großhirnrinde zustande kommen kann. Wenn Rothmann die Tondressur nach der doppelseitigen Exstirpation der Schläfenlappen nicht mehr gelungen ist, so ist dieses negative Resultat auf Mängel seiner Dressur zurückzuführen.

Die operierten Hunde, bei welchen das Vorhandensein der Tondressur mit voller Sicherheit festzustellen war, erschienen bei den gewöhnlichen Hörprüfungen fast taub. Sie reagierten niemals mehr auf das Kommando wie früher. Sie wußten nicht, aus welcher Richtung der Ruf, der ihnen galt, herkam, noch von wem derselbe ausging, noch was derselbe bedeutete. Durch Ausschaltung der Schläfenrinde hatten die Tiere die Möglichkeit verloren, die Gehörseindrücke in der umfassenden Weise, wie vorher, zu verarbeiten. Sie waren „seelentaub" geworden. Der Hörsphäre des Großhirns kommt demnach die Aufgabe zu, die Hörreize mit den anderen Sinnen in Verbindung zu bringen und dadurch die höchste Verwertung der Hörreize herbeizuführen. Bei nicht operierten Hunden sind in der ersten Zeit der Tondressur auch die Hörsphären des Großhirns am Zustandekommen der Dressur wohl mitbeteiligt. Allmählich wird aber beim Fortgang der Dressur der „untere Weg" immer mehr gebahnt und vervollkommnet; d. h. der Freßton gelangt alsdann direkt von dem akustischen Zentrum der Medulla oblongata zu dem daselbst gelegenen motorischen Freßzentrum. Wenn aber auch die Tondressur in der Medulla oblongata vor sich gehen kann, und die höheren Hörzentren des Großhirns dabei entbehrt werden können, so ist damit noch nicht gesagt, daß die Tondressur auch beim großhirnlosen Hund unter allen Umständen gelingen muß. Vortr. hält es, wie er sich in einer früheren Arbeit ausdrückte, nicht für ausgeschlossen, daß bei ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eigneter Dressur auch ein großhirnloser Hund noch durch Töne beim Fressen zu beeinflussen ist. Mit Sicherheit läßt sich darüber im voraus nichts sagen, da die Möglichkeit besteht, daß das Freßzentrum in der Medulla oblongata, um in voller Wirksamkeit auf fein abgestufte Reize reagieren zu können, der Beeinflussung der höher gelegenen Freßzentren bedarf. Hinzuzufügen ist, daß die Feststellung der Tondressur nach so starken Eingriffen außerordentlich schwierig ist und nur durch die Anwendung besonderer Kunstgriffe gelingen kann.

Autoreferat.

M. Rothmann betont zunächst, daß hier keine prinzipielle Frage zur Lösung steht, da das Hören niederer Tiere ohne Großhirnrinde wohl nicht bestritten wird. Es fragt sich nur, ob bei den höheren Säugern bis zum Menschen herauf die Hörfunktion ausschließlich an die Großhirnrinde geknüpft ist. Daneben steht dann die weitere, durch die Ergebnisse Kalischer's mit seiner Dressurmethode aufgerollte Frage, ob die Dressur auf feinste Tonunterscheidung sich in den tiefen Akustikuszentren der Medulla oblongata abspielen kann. Was nun die unterste Grenze des Hörens betrifft, so ist dieselbe sehr schwer zu bestimmen, und, wenn jemand die Ohr- und Kopfbewegungen des großhirnlosen Hundes auf akustische Reize bereits Hören nennen will, so ist wenig dagegen zu sagen. R. selbst hält allerdings die Abtrennung der niederen akustischen Reflexe vom Hören für einen großen Fortschritt. Was nun die Hörleitung betrifft, so muß man nach R.'s eigenen Untersuchungen die Leitung zu den hinteren Vierhügeln völlig von dem Großhirnrindenweg über Kerne der lateralen Schleife und Corpus geniculatum int. trennen. Die erstgenannte Leitung, die der großhirnlose Hund noch besitzt, dürfte für die akustischen Reflexe in Anspruch genommen werden. Daher hebt weder das von Kalischer geübte Einstechen in die hinteren Vierhügel noch die von R. ausgeführte völlige Ausschaltung derselben die Hördressur auf. Was nun die Rindenexstirpation betrifft, so konnte R. Hunde, denen ungefähr in den alten Munk'schen Grenzen die beiden Schläfenlappen entfernt waren, ohne Mühe dressieren, von den Hunden, an denen aber nach vorn und oben weit mehr fortgenommen war, nur noch einen, bei dem tiefe Windungen des einen Gyrus sylviacus stehen geblieben waren, zwei andere trotz monatelang fortgesetzter Dressur überhaupt nicht mehr. Selbst wenn Kalischer bei so ausgedehnten Operationen noch eine Dressur zu erzielen vermag, so beweisen die Versuche R.'s, daß mit Zunahme der Rindenexstirpationen die Schwierigkeit der Dressur wächst und an den Nullpunkt heranrückt. Dazu kommt das Versagen der Dressur bei zwei Hunden, denen R. bei Intaktsein der Schläfenlappen und der tieferen Hörzentren die Corpora geniculata int. zerstört hatte. Nun ergeben aber die anatomischen Untersuchungen Jacobsohn's, daß Kalischer in beiden Fällen Stücke des Gyrus sylviacus und die hintersten Teile der Schläfenlappen stehen gelassen hat. Die Fälle sind daher nicht beweisend für die Kalischer'schen Anschauungen, denn es genügen sicher kleine Stücke der für das Hören bestimmten Hirnrinde, um den Erfolg der Dressur zu ermöglichen. Zuzugeben ist, daß das Hörzentrum der Großhirnrinde auf Grund der Dressurergebnisse weit umfangreicher anzunehmen ist, als dies früher geschah. Wollte man aber selbst annehmen, daß eine Hörempfindung bereits unter der Schwelle des Großhirns zustande kommt, so daß der Hund von hier aus auf einen Ton zuschnappt, ganz unverständlich bleibt es, daß der Hund unterhalb des Großhirns sich derart zu hemmen vermag, daß er auf alle anderen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Töne das Fleisch unberührt liegen läßt. Zu derartigen Leistungen erscheint die Großhirnrinde unentbehrlich. Autoreferat.

M. Lewandowsky: Wenn der Vortragende nach diesem Zeitraum keine Degenerationen mit der Marchi-Methode gefunden hat, so kann das nur auf einem technischen Fehler beruhen. Nicht nur Degenerationen im Balken, sondern auch solche in dem Thalamus (Corpus geniculatum internum und externum) müssen durchaus gefunden werden. Die Veränderungen entsprechen dabei nach meiner Ansicht histologisch nicht der eigentlichen sekundären Degeneration. sondern stellen retrograde Degenerationen dar, weil sie sich in denselben Fasern vorfinden, die nach Zerstörung des Thalamus zur Rinde hin degenerieren. Objektiv ist aber der Befund der Marchi-Schollen sowohl in den Balken wie in den Thalamusfasern ein ganz regelmäßiger und ja auch von anderen Autoren schon mehrfach erhoben. Autoreferat.

Brodmann ist ebenfalls der Ansicht, daß hier ein technischer Fehler vorliegen müsse.

Ziehen nimmt als Ursache des Versagens der Marchi'schen Methode einen technischen Fehler an. Degenerationen sind jedenfalls zu erwarten gewesen. Die günstigste Zeit für die Anwendung der Marchi'schen Methode ist mit sechs Wochen bereits erheblich überschritten, so daß technische Fehler leichter wirksam werden. — Die Kalischer'schen Versuche sind erst als beweiskräftig anzusehen, wenn die Exstirpation basalwärts beiderseits wirklich ganz bis zur Fissura rhinalis lateralis reicht und namentlich frontalwärts den ganzen Gyrus sylvii inferior umfaßt. Autoreferat.

O. Kalischer betont gegenüber Ziehen, daß den kleinen Zipfelchen von Hirnrindensubstanz, die vielleicht hier und da an den Grenzen der Exstirpationen stehen geblieben sind, irgendwelche Bedeutung in bezug auf die Tondressur nicht zukommen kann, da die Markstrahlung vollständig zerstört ist. Autoreferat.

Jacobsohn (Schlußwort) meint, daß aus der Diskussion so viel hervorgeht, daß die Schlußfolgerungen Kalischer's noch nicht ausreichend gestützt wären. Zwar in anatomischer Hinsicht müsse sich J. ganz auf die Seite von Kalischer stellen. In dieser Hinsicht hätte letzterer wohl alles entfernt, was dabei in Betracht kommen könne. Die wenigen Bröckel an der Fissura rhinalis seien von keiner Bedeutung, da sie vollkommen zertrümmert waren. Aber selbst wenn man sie noch in Rechnung stellte, so müsse man doch berücksichtigen, daß die ganze Marksubstanz bis zum Ventrikel entfernt wäre, also der ganze akustische Leitungsweg vollständig unterbrochen sei. Man müßte denn eventuell annehmen, daß die Hörleitung auch zum Teil über den vorderen Schenkel der inneren Kapsel gehen könne, was doch aber jeder Erfahrung widerspreche. Was die merkwürdigen Ergebnisse der sekundären Degeneration betreffe, so kann J. vorläufig keine Erklärung dafür abgeben. Er hätte auch ausdrücklich betont, daß er vorläufig keine Schlüsse daraus ziehe, sondern erst weitere Untersuchungen nach dieser Richtung hin abwarte. An dem Umstande. daß erst sechs Wochen nach der Operation das Material zur Untersuchung mittels der Marchi'schen Methode gekommen wäre, könne es nicht liegen, daß hier keine sekundären Degenerationen vorhanden gewesen sind. In dieser Zeit könne vielleicht das Mark einzelner Fasern schon resorbiert sein, aber nicht ganze, große Systeme, wie Balken, vordere Kommissur und Türk'sches Bündel. Autoreferat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Bibliographie.

C. Mocli: Behandlung der Vergiftungen mit Weingeist. Separatabdruck aus dem Handbuch der gesamten Therapie (Penzoldt und Stintzing). 4. Aufl. I. Band. Jena 1909.

Eine kurze und klare Schilderung der Behandlung der akuten und chronischen Alkoholvergiftung. Besonders eingehend schildert der Verf. die Therapie des Delirium tremens. Eine Anführung der zurzeit bestehenden Trinkerheilstätten wäre wohl dem Praktiker willkommen gewesen. Gaupp.

Josef Wiesel und Alois Strasser: Der heutige Stand der Lehre von der Arteriosklerose (Atherosklerose). Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1909.

Die Schrift gibt auf 78 Seiten einen Überblick über den heutigen Stand der Lehre von der Arteriosklerose. Wiesel schildert die pathologische Anatomie, Ätiologie und Pathogenese, die klinischen Bilder und endlich die medikamentöse Behandlung des Leidens, während Strasser die physikalisch-diätetische Therapie in ihren verschiedenen Anwendungen auf die verschiedenen Lokalisationsformen dieser immer noch nicht völlig aufgeklärten, wichtigen Gefäßerkrankung erläutert. Ein Inhaltsverzeichnis beschließt die Schrift, die auch für den Neurologen von Interesse ist. Gaupp.

Anton Brosch: Die Selbstmörder. Mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Selbstmörder und ihrer Obduktionsbefunde. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1909. 192 S.

Den Kern des Buches bilden pathologisch-anatomische Untersuchungen der Leichen von 327 militärischen Selbstmördern. Die Obduktionen wurden mit großer Sorgfalt gemacht; die Erkrankungen aller Organe, nicht bloß des Gehirnes, wurden eingehend berücksichtigt. Das gewonnene Tatsachenmaterial wird nach verschiedenen Gesichtspunkten gruppiert.

Im ersten Abschnitt des Buches erörtert der Verf. die formelle Behandlung der Selbstmordfälle in der österreichischen Armee (die militärischen und kirchlichen Vorschriften) und bringt ein kurzes Beispiel über die Gutachten über Selbstmörder behufs Wahrung der Versorgungsansprüche der Hinterbliebenen oder Feststellung etwaigen Zusammenhanges der Tat mit dem Dienste.

Der zweite Abschnitt bringt sodann das gesamte kasuistische Material. Es wird in eine Anzahl von Gruppen eingeteilt. Die erste Hauptgruppe umfaßt die Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute mit und ohne Nebenbefunde, im ganzen 101 Fälle. Diese Gruppe ist natürlich die wichtigste. Da es sich bei den Hirnbefunden nur um makroskopische Befunde, nicht um histologische Untersuchung des Gehirns handelt, so besagen die Daten natürlich nicht sehr viel. In der zweiten Hauptgruppe werden alle Erkrankungen verschiedener Natur mit Ausschluß der Erkrankungen des Gehirnes und seiner Häute zu-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sammengefaßt. Die dritte Gruppe bringt die anscheinend unerheblichen Befunde, die vierte endlich die Obduktionsbefunde ohne krankhafte Veränderungen.

Der dritte Abschnitt des Buches baut nun aus diesem Detail die allgemeinen Lehren auf. Die Erkrankungen der einzelnen Organe werden in ihrer Bedeutung für den Selbstmord aufgeführt. Der folgende Abschnitt sucht alsdann tiefer in die Zusammenhänge einzudringen, vor allem die psychischen Wirkungen somatischer Leiden klarzulegen. Hier findet sich manches etwas Gewagte bei dem Bestreben nach kausalen Beziehungen. Das gleiche gilt auch für den fünften Abschnitt, der von der Analyse der Selbstmordfälle handelt. Am Schlusse dieses Abschnittes versucht der Verf. eine Aufstellung verschiedener Typen von Selbstmördern: Suicida aegrotans, Suicida dissimulans, Suicida pseudoaggravans, Suicida naturalis, Suicida normalis.

Den Schluß des Buches bildet ein kurzer Abschnitt über die Grundzüge der Beurteilung vom forensischen, vom psychologisch-psychiatrischen und vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus. Dann wird noch dargetan, daß auch die katholische Kirche durch ihren Vertreter Beßmer einen humanen und verständigen Standpunkt dokumentieren läßt, und im Schlußwort hebt der Verf. hervor, wie nur eine ganz sorgfältige Untersuchung des Falles nach allen Seiten (psychologisch, klinisch, anatomisch) ein endgültiges Urteil erlaubt.

Das Buch schließt sich in seinem Hauptzwecke an die verdienstvollen Untersuchungen von Heller an. Gleich ihm sucht der Verf. eine pathologisch anatomische Fundierung der Ursachen des Selbstmordes zu geben. Ich habe schon früher einmal dargetan, weshalb dieser Weg heute im ganzen doch wenig Aussicht auf sicheren Erfolg gibt: die Mehrzahl der Selbstmörder handelt in einem psychopathologischen Zustande, dessen anatomische Grundlage heute noch kein Mikroskop, geschweige denn ein Obduktionsmesser aufzudecken vermag. Das Herumsuchen an der Leiche des Selbstmörders birgt die Gefahr in sich, daß man somatische Veränderungen belangloser Art in kausale Beziehungen zur Tat bringt und über diesen demonstrierbaren anatomischen Befunden die weit wichtigere klinisch-psychologische Analyse des Falles vernachlässigt. Ich bin daher auch heute noch der Meinung, daß der von mir eingeschlagene Weg der einzige ist, auf dem man zu einer sicheren Aufdeckung der Ursachen und Motive der Tat gelangen kann. Gaupp.

Joseph Reck: Der Selbstmord in Bamberg im letzten Dezennium. Bamberg, Handelsdruckerei.

Verf. hat alle vom 1. Okt. 1898 bis 30. Sept. 1908 im Stadtbezirk Bamberg vorgekommenen Selbstmorde und Selbstmordversuche (einschließlich der Zugereisten und Militärpersonen) zusammengestellt. Es sind 145 Fälle, davon 96 Männer, 49 Frauen. Durchschnittlicher Bestand der Bevölkerung 42421 Seelen. Für die statistische Berechnung können nur 127 verwertet werden. Davon sind 97 Katholiken, 27 Protestanten, 3 Juden. 80 waren ledig, 52 verheiratet, 11 verwitwet, 2 geschieden. Männer bevorzugten das Sich-Erschießen, Frauen das Sich-Ertränken. In 84 Fällen war Geisteskrankheit nachgewiesen, in 14 Fällen blieb die Ursache unbekannt. 21 Kranke gehörten zum manisch-melancholischen Irresein, 16 zum Alkoholismus, 2 Schülerselbstmorde; der eine Knabe hatte sein Examen nicht bestanden, der andere war von seinem Vater zurechtgewiesen worden. Gaupp.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

F. W. Förster: Sexualethik und Sexualpädagogik. Kempten 1909, J. Kösel.

Vom Standpunkte der katholischen Weltanschauung tritt der Verf., offenbar Pädagoge von Beruf, an die modernen Probleme der sexuellen Frage heran. Ein Feind des modernen Individualismus bekämpft er in ernster und vornehmer Sprache die „neue Ethik", wie sie uns in den Anschauungen einer Ellen Key, eines Ch. von Ehrenfels u. a. entgegentreten. Eindringlich legt er dar, wie nur die streng monogamische Ehe die Anforderungen einer hohen Geisteskultur erfüllt und wie alle hypermodernen Bestrebungen mit ihrem Recht auf Geschlechtsgenuß für Mann und Weib, alles Reden vom „Sich-Ausleben" in den letzten Konsequenzen zur Degeneration führen muß. Der Verf. verfügt über eine große und vielseitige Bildung, und auch da, wo man ihm nicht zustimmen kann, sind seine Darlegungen und ihre Gründe achtunggebietend. In der Beurteilung der Freud'schen Lehren, an denen ja keiner vorbeigehen kann, der sich mit sexuellen Problemen beschäftigt, zeigt sich Förster als ein ziemlich vorurteilsfreier Mann; die Gründe, aus denen er die Freud'schen Theorien ablehnt, sind psychologisch wohl durchdacht und stehen zum Teile weit über denen, mit denen man sonst bisweilen Freud abzutun sucht. Die Ausführungen des Verf. über die Bedeutung der Willenserziehung und über die Gefahren der sexuellen Aufklärung der Schuljugend sind durchaus beherzigenswert, und auch in dem spezifisch „katholischen" Teile (wenn ich so sagen darf), wo von dem Kulturwert der Askese gesprochen wird, finden sich viele interessante Gedanken, freilich auch vieles, was mich fremdartig anmutet.

Alles in allem ein Buch, in dem ein charaktervoller Mann zu Worte kommt, dessen hyperidealistische Forderungen man zum Teil bekämpfen mag, dessen Grundanschauungen aber Ehrlichkeit und vornehme Denkart verraten.

Gaupp.

Havelock Ellis: Das Geschlechtsgefühl. Eine biologische Studie. Deutsch von H. Kurella. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Würzburg, Curt Kabitzsch, 1909.

Die erste Auflage des Ellis'schen Buches wurde von Aschaffenburg in diesem Zentralblatt (1904, S. 68) besprochen. Die neue Auflage ist in allem Wesentlichen unverändert. Im einzelnen ist manches Neue hinzugekommen. Das Buch zeichnet sich, wie alle Bücher des Verf., durch eine Zusammentragung eines großen Materials teils wertvoller, teils minderwertiger Beobachtungen und Mitteilungen aus. Nachdem wir in neuerer Zeit auch in Deutschland mit zahlreichen Sexualbüchern beschenkt wurden, ist es fraglich, ob manche Bücher von Ellis noch eine Lücke in der deutschen Fachliteratur ausfüllen. Ihr billiger Preis (brosch. 4 M.) läßt fürchten, daß sie auch leicht in unrechte Hände kommen.

Gaupp.

Havelock Ellis: Mann und Weib. Eine Darstellung der sekundären Geschlechtsmerkmale beim Menschen. Würzburg, Curt Kabitzsch, 1908. Zweite Auflage.

Dieses Sammelwerk, das in England schon in vier Auflagen erschienen ist, hat Kurella in einer zweiten deutschen Übersetzung herausgegeben und dabei vieles von sich aus beigefügt. Die hier erörterten Fragen sind ja in den letzten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeiten, namentlich seit Möbius mit seiner bekannten Schrift hervorgetreten ist, oft und viel behandelt worden, freilich meist mit mehr Subjektivität, als die Wissenschaft vertragen kann. Man muß Ellis das Verdienst zuerkennen, daß er mit großem Fleiß viele Tatsachen und Behauptungen zusammengetragen hat, aus denen sich dann der kritische Leser (aber auch nur der kritische Leser) ein Urteil bilden kann. Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

Anatomie und Physiologie des Nervensystems.

Heinrich F. Wolf (New York): Versuche über die Trennung der durch den Kältereiz bedingten zentralen und peripheren vasomotorischen Einflüsse am gesunden Menschen.

(Monatsschr. f. d. physikal.-diätet. Heilmethoden 1909, Bd. I, Heft 3.)

Behufs Nachweises des Vorhandenseins und der Tätigkeit eines peripheren Gefäßmechanismus am lebenden Menschen, der unabhängig vom zentralen Vasomotorensystem ist, stellt Verf. folgende Versuche an. Ein Arm der Versuchsperson wurde in einem mit lauem, heißem oder eiskaltem Wasser gefüllten Plethysmographen gelagert, der mit einer Marey'schen Kapsel verbunden war, die auf einer langsam sich drehenden Trommel aufzeichnete. Während dieser Zeit atmete dieselbe Person in tiefen Zügen Amylnitrit ein, bis sich die bekannte Wirkung (Hämmern im Kopfe und in den Händen) einstellte. Die Einatmung wurde dann ausgesetzt, die Schreibung aber fortgesetzt, bis die Wirkung abgeklungen war. Ergebnis: War der Plethysmograph mit Wasser von 34—35° C gefüllt, so wurden wohl die einzelnen Pulse unter dem Einfluß des Amylnitrits wesentlich verkleinert, aber das Volumen des Armes blieb sich gleich. Wurde der Arm in Wasser von 46° C gehalten, so vergrößerte sich das Volumen des Armes wesentlich; hingegen verkleinerte es sich stark, wenn die Wassertemperatur im Plethysmographen nur 3° C betrug. Beim letzten Versuche zeigte sich auch, daß vor der Anwendung des Amylnitrits keine Pulsationen zu sehen waren, sich aber nach der Einatmung mächtig einstellten.

Zur Erklärung: Unter dem Einflusse des heißen Wassers wird der lokal bedingte Tonus der Gefäße herabgesetzt. Das Amylnitrit wirkt lähmend auf das Vasomotorenzentrum. Das Blut strömt dann nach dem Orte des geringsten Widerstandes, also im vorliegenden Falle dorthin, wo unter dem Einflusse des heißen Wassers auch der periphere Gefäßmechanismus geschwächt war. Bei Anwendung des Eiswassers dagegen ist der periphere Gefäßtonus erhöht, der zentral bedingte auch wieder aufgehoben. Der Ort des geringsten Widerstandes ist dieses Mal jedoch nicht der Arm, sondern andere Körperteile. Das Volumen des Armes verkleinert sich also. — Wie schon erwähnt, werden bei Eiswasser im Kurvenbild die Pulsationen, die vorher oft kaum wahrnehmbar waren, sehr kräftig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Da dabei gleichzeitig das Volumen des Armes sich verkleinert, so darf man annehmen, daß es die größeren, tieferen Gefäße sind, die unter dem Einflusse des zentralen Vasomotorensystems stehen, während das Kapillargebiet auch einen besonderen peripheren vasomotorischen Gefäßmechanismus hat.

Somit hält Verf. es für erwiesen, daß die Blutströmung in der Haut des gesunden Menschen unter dem Einfluß zentraler und peripherer Mechanismen steht, welche voneinander in hohem Grade unabhängig sind. In der Regelung der Hautzirkulation spielt wahrscheinlich die glatte Muskulatur der Haut eine bedeutende Rolle. Die Erscheinungen bei der Reaktion sind eine Resultante der Wirkungen, die der Kältereiz auf das Vasomotorenzentrum und die peripheren Nerven- und Muskelelemente ausübt. Buschan (Stettin).

H. F. Wolf (New York): Nachtrag zu meiner Arbeit „Über die Trennung der durch den Kältereiz bedingten zentralen und peripheren vasomotorischen Einflüsse am Menschen".

(Monatsschr. f. physik.-diätet. Heilmethoden 1909, Heft 5, S. 405.)

Bei seinen (s. umstehendes Referat) Versuchen war Verf. von der Ansicht ausgegangen, daß das Amylnitrit, insbesondere das Vasomotorenzentrum, lähme (Bernheim, Filehne). Nachdem er sich aber in Versuchen mit Burton-Opitz davon überzeugt hat, daß dieser vor allem auf die peripheren Gefäße (Muskeln oder Nerven) einwirke, während der Einfluß auf das Zentrum, wenn überhaupt vorhanden, nur sehr gering zu veranschlagen wäre, modifiziert er das Ergebnis seiner Versuche dahin, daß die Hautmuskulatur, die von Amylnitrit nicht beeinflußt wird, die Hautzirkulation in gewissem Grade regelt oder regeln kann. Im übrigen würden seine Schlußfolgerungen durch diese Bemerkungen nicht verändert. Buschan (Stettin).

Organische Erkrankungen des Nervensystems.

Arpád Renner: Beiträge zur Bedeutung des sog. Infraspinatusreflexes.

(Festschrift anläßlich des 25 jährigen Bestandes der Budapester Poliklinik, 1908. Ungarisch.)

Auf Grund von klinischen Untersuchungen an Gesunden und Nervenkranken gelangt Verf. zu dem Schlusse, daß der Bechterew'sche Scapulo-humeral-Reflex und der Steiner'sche Infraspinatusreflex kein Reflex ist, sondern eine infolge mechanischer Reizung entstandene Muskelkontraktion; dieselbe ist mehr oder weniger bei jedem Individuum vorhanden und hat ihr Fehlen keinerlei pathologische Bedeutung. Epstein (Nagyszeben).

Koloman Keller: Die Bedeutung des Adduktorenreflexes.

(Elme-és idegkórtan 1908, Nr. 3—4. Ungarisch.)

Verf. hat bei einer großen Anzahl funktionell und organisch Nervenkranker, sowie bei 100 gesunden Individuen die klinische und pathologische Bedeutung des Adduktorenreflexes studiert und gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Der homolaterale Adduktorenreflex verhält sich analog, wie die Sehnenreflexe derselben Seite.

2. Der Adduktorenreflex erhält seine klinische und pathologische Bedeutung nicht so sehr durch die Intensität der Muskelkontraktion, sondern durch die Ausbreitung der reflexogenen Zone: bei Krankheiten mit Areflexie fehlt der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Reflex oder ist vermindert, seine reflexogene Zone reicht höchstens bis zum oberen Dritteile der Tibia; bei Erkrankungen des Nervensystems, mögen dieselben funktionell oder organisch sein, welche aber mit einer Steigerung der Reflexerregbarkeit einhergehen, sowie bei spastischen Lähmungszuständen, erstreckt sich die reflexogene Zone eventuell bis auf die mediale Fläche des Fußes.

3. Die Größe der reflexogenen Zone des Adduktorenreflexes ist proportional zu der allgemein gesteigerten Reflexerregbarkeit, ohne Rücksicht darauf, ob es sich um organische oder funktionelle Erkrankungen handelt. Die Verminderung oder Steigerung der Reflexerregbarkeit geht einher mit einer Einengung oder Erweiterung der reflexogenen Zone. Durch diese, bei anderen Reflexen nicht nachweisbare Eigenart gelangt der Adduktorenreflex zu einer besonderen Stellung unter den Reflexen.

4. Vorhandensein oder Fehlen des Adduktorenreflexes, resp. die Größe seiner reflexogenen Zone, steht in keinem Zusammenhange mit dem Zustande der Pyramidenbahnen resp. mit dem Babinski'schen Zeichen.

Epstein (Nagyszeben).

Bornstein: Über die paroxysmale Lähmung. (Versuch einer Theorie.)

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXV, Heft 5 u. 6.)

Auf Grund der Tatsache, daß sowohl die Epilepsie wie die periodische Extremitätenlähmung Leiden sind, die paroxysmal in längeren oder kürzeren Zwischenräumen auftreten, und daß auch bei der idiopathischen Epilepsie Lähmungen als Äquivalente typischer epileptischer Anfälle auftreten, macht Verfasser, gestützt auf einen ausführlich mitgeteilten Fall und unter eingehender Berücksichtigung der Literatur, den Schluß, daß beide Krankheitstypen verwandte Leiden darstellen. Die paroxysmale Lähmung ist danach eine Erkrankung der grauen Substanz, und zwar der Vorderhörner des Rückenmarks, die Epilepsie ein Leiden, dessen Sitz in der grauen Substanz des Großhirns ist. Die gemeinschaftliche Ursache ist wohl ein Toxin, dessen Charakteristikum darin besteht, daß es einen speziellen Tropismus zur grauen Substanz des Zentralnervensystems besitzt und bei spezieller Disposition diese oder jene Krankheit zu verursachen imstande ist.

Kalberlah.

Fritz Lesser: Weitere Ergebnisse der Serodiagnostik der Syphilis.

Blaschko: Über die klinische Verwertung der Wassermann'schen Reaktion. Vorträge aus dem Berliner Verein für innere Medizin vom 14. XII. 08 und 18. I. 09.

(Deutsche medizin. Wochenschrift 1909, Nr. 9.)

Beide Autoren berichten über Erfahrungen an einem großen Material und sprechen sich sehr günstig über den Wert der Reaktion aus; sie glauben, daß die Reaktion tatsächlich das Bestehen von syphilitischen Krankheitsherden im Körper anzeigt und wollen dem Ausfall der Reaktion einen wesentlichen Einfluß auf die Therapie gestatten. Besonders wegen der drohenden Gefahr der Tabes oder Paralyse sprechen sie sich entschieden dafür aus, daß man während des ganzen Verlaufs der Syphilis die Reaktion kontrollieren und bei positivem Ausfall eine Behandlung einleiten soll. Lesser hat bei hereditärer Lues und Paralyse die Reaktion des Serums fast stets positiv gefunden, bei Tabes seltener. Er zieht den Schluß, daß die nicht traumatische Tabes und jede Paralyse durch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Syphilis der Meningen bedingt sind, welche sekundär zur Degeneration der Nervenbahnen führt. Bei Tabes sei die Reaktion wegen des äußerst chronischen Verlaufs öfters negativ. Bei der nachfolgenden Diskussion wurde den Vortragenden vielfach widersprochen, da ihre Schlüsse zu weit gingen und verfrüht seien. Müller (Dösen).

Boruttau: Wesen und Bedeutung der pathologischen Elektrophysiologie.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1909, Nr. 3.)

Der Aufsatz gibt nach einer historischen Einleitung einen Überblick über die wichtigeren neueren Forschungen und berücksichtigt dabei hauptsächlich die Entartungsreaktion, die elektrischen Tätigkeitserscheinungen (Aktionsströme) der Muskeln und Nerven und die Wirkung starker elektrischer Entladungen auf den Körper. Nutzen für die Diagnostik erwartet der Verf. von der Registrierung der Aktionsströme nicht nur am Herzen (Elektrokardiagramm), sondern auch an den Skelettmuskeln und möglicherweise von Veraguth's psychogalvanischem Reflexphänomen. Die Aktionsströme der Nerven dagegen werden nach seiner Ansicht schwerlich der klinischen Untersuchung zugänglich gemacht werden können. Müller (Dösen).

Küttner: Über Hirnpunktion und Trepanation. (Klinischer Vortrag.)

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1909, Nr. 11.)

Küttner feiert die durch Zusammenarbeiten der Physiologen, Anatomen, Kliniker und Chirurgen errungenen Erfolge der Hirnchirurgie und bespricht im besonderen die diagnostische Hirnpunktion (Neißer und Pollack), die Technik der Trepanation und ihre Erfolge bei traumatischen Affektionen, Abszeß, Epilepsie und Tumor des Gehirns. Müller (Dösen).

Halben: Hydrocephalus internus idiopathicus chronicus mit Beteiligung des vierten Ventrikels.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1909, Nr. 10.)

Die von Payr ausgeführte Dauerdränage des Seitenventrikels bewirkte einen Rückgang aller Symptome. Müller (Dösen).

Max Kauffmann: Über Atemstörungen bei einem Fall von Stirnhirndefekt.

(Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. XII, 1909.)

Ein 58jähriger Patient mit epileptoiden Anfällen wurde wegen Tumor des rechten Stirnbeins und Stirnhirns operiert. Vom Stirnpol wurden 110 g Hirnmasse entfernt. Nach der Operation fehlte der Geruch rechts. Zeitweise zeigten sich deutliche Störungen der Atmung (Apnöe); auch bei zweiminutigem Atemstillstand trat fast keine Zyanose ein. Außerdem bestanden Abnormität der Körpertemperatur, Verschiedenheit im Blutdruck zwischen der rechten und linken Seite und schlechte Anpassung an gereichte Eiweißdosen, wie Stoffwechselversuche ergaben. Das Stirnhirn übt also einen regulatorischen Einfluß auf die im Bulbus liegenden, automatisch wirkenden vegetativen Zentren aus.

G. Ilberg.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mahaim: Un cas de lésion lenticulaire sans aphasie. (Linsenkernläsion ohne Aphasie.)

(Bull. de l'Acad. R. de Med. de Belgique 1909.)

Bei einer 68jährigen Frau trat eine rechtsseitige Hemiplegie auf. Pat. wurde rasch unrein, war desorientiert, dement und bot, sobald man mit ihr reden wollte, zwangsartiges Weinen dar; es gelang aber, bei langsamem Vorgehen festzustellen, daß sie Fragen verstand; sie weiß ihren Namen und ihr Alter, die Jahreszeit; unterscheidet die Buchstaben, erkennt ihren Namen geschrieben oder gedruckt; auf Fragen, die sie nicht beantworten kann, erwidert sie, „ich weiß nicht", ohne nach Worten zu suchen. Komplizierte Worte spricht sie fehlerlos nach. Dieser Zustand dauerte unverändert über vier Monate an. Somatisch bestand rechts Hemiplegie mit Kontraktur, mit Einschluß des Fazialis und der Zunge, Steigerung der Reflexe. Pupillen normal, keine grobe Sensibilitätsstörung. Exitus infolge einer zweiten Apoplexie. Obduktion: eine frische Hämorrhagie in dem unteren Teil des Pons, rechten Pedunculus cerebri und Kleinhirnbindearm. Im linken Pedunculus starke Degeneration in den innen gelegenen vier Fünfteln. Allgemeine Arteriosklerose. Die linke Hemisphäre wurde in Müller-Formol gehärtet und in horizontaler Serie geschnitten, nach Kulschitzky-Wolters gefärbt. Ein tiefer Schnitt, der noch die Commissura anterior trifft, zeigt eine Zerstörung der weißen Substanz zwischen der Insel und dem Linsenkern (Capsula externa, Claustrum und äußere Partien des Putamen). Der größte Teil des Linsenkerns ist durch sekundäre Degeneration zerstört. Der Globus pallidus ist intakt; der hintere Anteil der Capsula interna ist degeneriert. Auf einem höher gelegenen Schnitt sieht man, daß der Herd die äußeren Schichten des Linsenkerns völlig durchsetzt; die weiße Substanz unterhalb der Insel und deren dritte Windung sind zerstört. Ein dritter Schnitt zeigt, daß die Schicht zwischen Operkulum und N. caudatus geschwunden ist. Der Ventrikel ist außerordentlich erweitert durch Schwund der Projektionsfasern.

Der Vergleich dieses Falles ohne Aphasie mit den Aphasiefällen Moutier's ergibt, daß nur ein Unterschied in der Höhenausdehnung der Herde besteht. In dem hier beschriebenen Falle sind die Assoziationsfasern zwischen F_3 und dem Schläfelappen intakt. Eine ausgedehnte Läsion des Linsenkernes braucht somit weder Aphasie noch Anarthrie zu erzeugen. Wenn die dritte Stirnwindung Projektionsfasern besitzt, so sind sie hier weggefallen, ebenso wie die Fasern aus dem Operkulum; daher hängt die Aphasie nicht von diesen Bahnen ab. Das Operkulum gehört der Sprachregion nicht an (Déjerine) und die F_3 ist mit ihm durch Assoziationsfasern gerade wie mit dem Schläfelappen verbunden, sie besitzt aber keine Projektionsfasern, die im Dienste der Sprache stünden (Liepmann). Auch die Zytoarchitektonik des Broca'schen Zentrums stützt diese Ansicht.

Der Arbeit sind vier Abbildungen beigegeben. Allers (München).

L. J. J. Muskens: Prodromal motor sensory and other symptoms and their clinical significance. (Prodromale motorische, sensorische und andere Symptome und deren klinische Bedeutung.)

(Epilepsia, Bd. I, Heft 1, 1909.)

Eine Reihe von Phänomenen, die als interparoxysmale aufgefaßt wurden, werden heute als prodromal angesehen und nach Gowers in unmittelbare und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entfernte Prodromata geschieden. Es entsteht nun die Frage, wie man die prodromalen Symptome von denen des beginnenden Anfalles unterscheiden könne. Da der Stoffwechsel der Epileptiker nicht hinreichend aufgeklärt ist, um dessen Veränderungen als Kriterien benutzen zu können, bedarf man anderer Anhaltspunkte. Genaue Untersuchungen lehren, daß als epileptische Entladungsvorgänge solche anzusehen sind, welche die segmentalen Sensibilitätsstörungen zum Schwinden bringen; in diesem Sinne wirken die eigentlichen Anfälle sowie Krämpfe und motorische Erscheinungen ohne Bewußtseinsverlust. Für psychische Störungen und Petit-mal haben bis jetzt weder Verf. noch Maes und Claude dasselbe nachweisen können. Dafür, daß diese Phänomene von der eigentlichen epileptischen Entladung wesensverschieden sind, spricht auch ihre Unbeeinflußbarkeit durch Medikamente. Die Prodromalsymptome entwickeln sich synchron mit der wachsenden Ausdehnung der Analgesie. Die Beachtung der prodromalen Erscheinungen ermöglicht nicht nur, die Entstehung des Anfalles zu beobachten, sondern auch durch geeignete Behandlung die Entladung auf andere Weise als durch den Anfall herbeizuführen usw., durch eine Erhöhung der medikamentösen Dosis, durch Bettruhe und Schlaf, endlich durch Darmentleerung. Die letztere ist nicht nur bei den häufigen Obstipationen, sondern auch bei anscheinend geregelter Defäkation von großem Nutzen. Verf. verwendet als Medikament Brompräparate mit Cannabis indica. Unter 100 Patienten wurden beobachtet: motorische Prodromata 20 mal, sensorische 44 mal, intestinale und vasomotorische 22 mal, psychische, inklusive des Stimmungswechsels, 39 mal; es fehlten prodromale Symptome bei 20 Fällen. Unter den sensorischen Erscheinungen ist der charakteristische prodromale Kopfschmerz hervorzuheben, der immer in der Stirne über den Augen lokalisiert ist und sich durch die üblichen Medikamente nicht beeinflussen läßt.

Verf. hat schon 1902 auf die metameren Sensibilitätsstörungen hingewiesen und betont, daß die postaxialen Segmente der oberen Extremitäten viel häufiger und intensiver Analgesien aufweisen. Auch bei Analgesie der gesamten Extremität kommt es vor, daß gewisse Partien, vornehmlich die Mediallinien, frei bleiben. Diese zeigen auch bei normalen Individuen eine intensivere Schmerzempfindlichkeit. Das gleiche Verhalten konnten Russel und Horsley für die Topognose feststellen, auch Mills und Weißenburg fanden, daß ulnare Sensibilitätsstörungen weit häufiger sind als radiale. Verf. stimmt mit Sträußler überein, daß diese Erscheinungen bei Epilepsie auf eine kortikale, wenigstens zerebrale Lokalisation zu beziehen seien, was durch ihr Vorkommen bei Gehirnerkrankungen und bei zerebraler Arteriosklerose erhärtet wird. Je größer die Intervalle zwischen den Anfällen werden, desto mehr treten die Sensibilitätsstörungen und andere Prodromata zutage. Allers (München).

J. Ramsay Hunt: On herpetic inflammations of the geniculate ganglion. A new syndrome and its complications. (Über herpetische Entzündungen des Ganglion geniculatum. Ein neues Syndrom und seine Komplikationen.)

(The Journal of nervous and mental diseases 1907.)

Bei der herpetischen Entzündung des Ganglion geniculatum sind Lähmungen häufiger als bei anderen Lokalisationen des Herpes (56 Fälle der Literatur und 4 eigene). Die Erkrankung tritt in drei Formen auf: 1. Herpes

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zoster des Ohres und äußeren Gehörganges; 2. Herpes mit Fazialislähmung, die auf den Druck durch das geschwellte Ganglion zu beziehen ist; 3. Herpes mit Beteiligung des N. acusticus (Ohrenklingen usw., sogar menièriforme Symptome). Das Ganglion geniculatum kann bei einer Entzündung des G. gasseri in Mitleidenschaft gezogen sein. Verf. bringt anatomische Belege dafür, daß der N. facialis ein gemischter Nerv ist, und daß er sensibel die oben bezeichnete Hautpartie versorgt, wofür auch das Erhaltensein der Sensibilität in dieser Region nach Exstirpation des G. gasseri spricht.

Die Klinik der drei Formen wird eingehend dargestellt. Die Autopsie eines Falles der zweiten Gruppe, der an Pneumonie 87 Tage nach Ausbruch des Herpes starb, ergab alte Entzündungsreste im dritten Zervikalganglion mit Degeneration der Fasern (Myelinkugeln) im Hinterstrang. Im N. Wrisbergi war ein Faserverlust mit Bindegewebswucherung nachzuweisen. Es ließ sich an Marchi-Präparaten eine Degeneration seiner bulbären Wurzel konstatieren. Das G. geniculatum wurde irrtümlich nicht untersucht. Allers (München).

J. Ramsay Hunt: A further contribution to the herpetic inflammations of the geniculate ganglion. (Weiterer Beitrag zur herpetiformen Entzündung des G. geniculatum.)

(American Journal of the Medical Sciences 1908.)

Es werden unterschieden: Herpes oticus, H. oticus mit Fazialislähmung, H. oticus mit Fazialislähmung und Hypoakusie, endlich Herpes mit Fazialislähmung und Menière'schem Syndrom. Komplikationen von seiten des Akustikus können auch bei Herpes facialis sowie Herpes occipitocollaris vorkommen. Es gibt eine multiple Beteiligung der Spinalganglien bei Zona (Neuralgien, Hypästhesien, „vesicules aberrantes"), was auch die pathologisch-anatomischen Befunde Head's bestätigen. Auf gleiche Weise kommt die Miterkrankung der anderen Ganglien im Kopfsegment zustande. Es ist wahrscheinlich, daß der Akustikus auch primär erkranken kann. Allers (München).

J. Ramsay Hunt: Otalgia considered as an affection of the sensory system of the seventh cranial nerve. (Otalgie als Erkrankung des sensiblen Anteiles des N. VII.)

(Archives of Otology, Bd. XXXVI, 1907.)

Anatomische Erläuterungen und Beweise für die gemischte Natur des N. facialis. Primäre Otalgien sind selten (im Anschluß an Infektionskrankheiten, Bleivergiftung, Trauma); sie äußern sich als intermittierende Schmerzen. Reflexotalgien entstehen bei Mund- oder Nasenhöhlenaffektionen. Sekundäre (herpetische) Otalgien bei Zona des G. geniculatum; lanzinierende Schmerzen im Ohr bei Tabes dorsalis. Die umschriebene Otalgie ist wesentlich eine Affektion des sensiblen Anteiles des N. facialis. Allers (München).

J. Ramsay Hunt: Occupation neuritis of the deep palmar branch of the ulnar nerve. (Beschäftigungsneuritis des tiefen palmaren Ulnarisastes.)

(34. Versammlung der Americ. Neurological Association, Mai 1908.)

Das Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch eine atrophische Lähmung der vom Ulnaris versorgten Handmuskulatur, daselbst Entartungsreaktion und Fehlen objektiver Sensibilitätsstörungen im Ulnarisgebiete. Durch diese Symptome unter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

scheidet sich die Erkrankung von anderen Lähmungen an der Hand. Oberflächlich besehen, ähnelt sie der spinalen Muskelatrophie vom Typus Aran-Duchenne. Eine der beschriebenen nahestehende Erkrankung hat Geßler mitgeteilt, die aber nicht auf das Ulnarisgebiet beschränkt war; auch bei diesen Atrophien fehlte die Sensibilitätsstörung. Der oberflächliche palmare Ast des N. ulnaris ist fast nur sensibel; an Muskeln versorgt er nur den M. palmaris brevis; daher ist die vorliegende Erkrankung auf den tiefen palmaren Ast zu beziehen. Die Läsion dieses entsteht durch Druck, dem er dort, wo er an der Außenseite des Os pisiforme vorbei unter dem Haken des Os hamatum in die Tiefe zieht, ausgesetzt ist. Die drei mitgeteilten Fälle hatten sich die Lähmung durch Feilen, festes Halten einer Kurbel, Metallpolieren zugezogen. Die Krankheit ist wohl charakterisiert und von der Muskelatrophie und der Geßler'schen Lähmung leicht zu unterscheiden. Allers (München).

J. Ramsay Hunt: The sensory system of the facial nerve and its symptomatology. (Das sensible System des N. facialis und seine Symptomatologie.)

(Journ. of nervous and mental diseases, Bd. XXXVI, H. 6, 1909.)

Eine Anzahl von Untersuchungen hat seit Retzius gezeigt, daß dem N. facialis im Ganglion geniculatum ein sensibles Ganglion, in der Pars intermedia eine sensible Wurzel zukommen und daß in der Chorda tympani, dem N. petrosus superficialis maior sowie im Stamm des N. VII selbst sensible Fasern verlaufen. Nach einer historischen Übersicht über die Klinik der sensiblen Fazialisanteile (Schmerzen und Anästhesien) gibt Verf. eine detaillierte Darstellung der Anatomie dieses Nerven. Es versorgt dieser sensibel die vorderen zwei Drittel der Zunge durch die Chorda, das innere Ohr durch Anastomosen mit dem Akustikus, das Mittelohr, die Zellen des Processus mastoideus und die Tuba durch tiefe Zweige der N. petrosi, die Haut des äußeren Ohres durch Fasern, die mit dem Stamm der Nn. VII aus dem Foramen stylo-mastoideum treten. Die sensiblen Erscheinungen bei Erkrankung des N. facialis sind: 1. Schmerzen durch Neuritis im Canalis Fallopiae, durch Tabes (sensible Wurzel), durch Herpes (Ganglion geniculatum); ferner primäre (Tic douloureux) und reflektorische Otalgien; 2. Anästhesien: Hypästhesien der Ohrmuschel, der vorderen zwei Drittel der Zunge und Ageusie derselben Zungenpartien; 3. reflektorisch ausgelöste Zuckungen der Gesichtsmuskulatur; 4. Herpes oticus mit oder ohne Fazialisparese oder Akustikussymptomen; Herpes facialis und occipitocollaris mit den gleichen Komplikationen. Allers (München).

Emil Messner: Über die Veränderungen des Nervensystems bei Defektmißbildungen der Gliedmaßen.

(Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. XII, 1909.)

Verfasser hat das Nervensystem einer $1\frac{1}{2}$ Jahre alten Ziege mit mißbildeter vorderer Extremität (Perobrachias dexter) einer genauen Untersuchung unterworfen, hat auch in der Literatur niedergelegte Fälle von Defektbildung der Gliedmaßen (Amelie, Peromelie und Perodaktylie) studiert und faßt die bisher erhobenen Resultate an peripheren Nerven, Rückenmarkswurzeln und grauer wie weißer Rückenmarkssubstanz zusammen. Die Ergebnisse am Nachhirn und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hinterhirn mit Kleinhirn sind gering. Am Großhirn wurden von einigen Autoren Veränderungen an den Zentralwindungen der gekreuzten Seite konstatiert. Bei der Ziege fand sich zwischen den betreffenden Windungen der beiden Seiten makro- wie mikroskopisch keine Differenz. G. Ilberg.

V. Vermischtes.

Am 23. und 24. Oktober 1909 findet in Jena die XV. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen statt.

Tagesordnung.

I. Referat.

Trendelenburg und Windscheid: Die Commotio cerebi.

II. Bisher angemeldete Vorträge:

1. Anton-Halle: Bericht über 20 Gehirnoperationen.
2. Schulze-Greifswald: Psychiatrie und Reichsversicherungsamt.
3. Binswanger-Jena: Pathologisch-anatomische Demonstration.
4. Quensel-Leipzig: Einige neue Ergebnisse über Verbindungen im Mittelhirn und Regio subthalamica.
5. v. Nießl-Leipzig: Von der Bedeutung der dritten linken Stirnwindung für die Sprache und die sogenannten subkortikalen Aphasien. (Projektionsvortrag.)
6. Müller-Marburg:
   a) Über sensible Reizerscheinungen bei beginnender multipler Sklerose.
   b) 1. Querschnittslähmungen durch latente Aortenaneurysmen.
      2. Psychische Störungen bei der sog. Polyzythämie.
7. Köster-Leipzig: Klinischer und anatomischer Beitrag zur Atoxylvergiftung.
8. Wittmaack-Jena: Über Erkrankungen des Nervus acusticus.
9. Vogt-Berlin: Die anatomische Gliederung der menschlichen Großhirnrinde. (Projektionsvortrag.)
10. Knauer-Berlin: Die Myeloarchitektonik der Broca'schen Region.
11. Stadelmann-Dresden: Über Äquivalente.
12. Müller-Dösen: Die Familienpflege in der Stadt Leipzig.
13. Rehm-Dösen: Depressiver Wahnsinn.
14. Willige-Halle: Über Arsenikbehandlung organischer Nervenkrankheiten.
15. Strohmayer-Jena: Über einen Fall von Tumor cerebri.
16. Seige-Jena: Die Indikanausscheidung in ihren Beziehungen zum Zentralnervensystem.
17. Schütz-Jena: Über Hirnlues (pathologisch-anatomische Demonstration).

Die Geschäftsführer:

Binswanger. Schäfer.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Zweites Oktoberheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Die Psychose Maupassants.

Ein kritischer Versuch.

Von

Dr. med. **Wilhelm Lange.**

Maupassant ist ein großes Erzählergenie gewesen; sein Name gehört der Weltliteratur an.

Er ging an einer schweren Gehirnkrankheit zugrunde, und sein „Fall" ist psychiatrisch nicht uninteressant, wenn auch schwer zu entwirren und durchaus noch nicht völlig geklärt, wie manche wähnen. Viele Fragen werden wohl überhaupt dauernd ohne wissenschaftliche Antwort bleiben.

Einem Nicht-Franzosen muß es besondere Schwierigkeiten machen, hier tiefere Einsicht zu gewinnen, da er sich das Originalmaterial nur mühsam oder gar nicht zu beschaffen vermag.

Grundlegend für alle Maupassant-Forschung sind die Dokumente gewesen, die Lumbroso gesammelt hat und die unter anderm auch der vortrefflichen Biographie von Maynial wesentliches Material zugeführt haben. In Lumbrosos Werk finden sich gute psychiatrische Fußnoten von Morselli. An ausführlicheren Pathographien über Maupassant gibt es bis jetzt vier. Die von Lagriffe ist weitaus am wertvollsten, wenn sie uns auch nicht in allen Teilen befriedigt, und ihre Lektüre muß angelegentlich empfohlen werden. Die Arbeiten von Thomas und von Vorberg sind wenig gründlich und reichen psychiatrisch nicht aus; die von Lacassagne ist überhaupt nicht ernst zu nehmen.

Wir beschränken uns in der folgenden Darstellung ausschließlich auf das, was uns psychiatrisch als wichtig erscheint.

Maupassants Vater, ein Wechselmakler, wird als wenig intelligent, als willensschwach, unstet und äußerst sinnlich geschildert.

Die Mutter war eine literarisch gebildete, sehr intelligente Psychopathin (Hysterika?); sie litt einmal (mit 71 Jahren) an einer Depression (Melancholie oder psychopathische Reaktion?), in der sie von hypochon-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

drischen Vorstellungen gequält wurde und zwei ernste Selbstmordversuche (Opium und Erdrosselung) beging.

Die Ehe der Eltern war unglücklich; beide trennten sich endlich voneinander unter gegenseitigem Einverständnis.

Maupassants Bruder, 1856 geboren, ist jedenfalls ein Tunichtgut gewesen, wahrscheinlich ein Psychopath; er war anfangs Unteroffizier [1]), wurde später Gärtner und erlag mit 33 Jahren einer progressiven Paralyse.

Unter den Vorfahren sollen mehrere Geisteskranke zu finden sein, doch wird nichts Genaueres berichtet.

Maupassant (im August 1850 geboren) beteiligte sich 1870 nach Absolvierung des Gymnasiums am Kriege gegen Deutschland und bekleidete dann untergeordnete Bureaustellen in verschiedenen Ministerien. Daneben huldigte er mit leidenschaftlichem Eifer, meist allerdings nur des Sonntags, dem Rudersport. Nach langer literarischer Schulung unter Flauberts Leitung sah Maupassant 1880 durch „Boule de Suif" seinen Ruhm begründet und konnte die Beamtenstellung aufgeben. Als Schriftsteller ist er außerordentlich fruchtbar gewesen: er schrieb von 1880—90 16 Bände Novellen, 6 Romane und 3 Bände Reisebilder, von der Lyrik, von einigen dramatischen Versuchen und zahlreichen Zeitungsartikeln ganz abgesehen. Jährlich kamen etwa 2—5 Bände zu je 300—500 Seiten heraus, und sein Einkommen belief sich zuletzt auf 80—90000 Francs. Er arbeitete rastlos jeden Vormittag von 7—12 Uhr, stürzte sich dann ins Pariser Leben und ging spät zur Ruhe. Maupassant ist nicht verheiratet gewesen und war in seinen sexuellen Neigungen ausschweifend und wenig wählerisch; wirklich „geliebt" hat er niemals im Leben.

Nicht leicht ist die Frage zu beantworten: war Maupassant eine psychopathische Natur oder nicht? Wir begegnen den widersprechendsten Urteilen; einige halten ihn für ein Bild strotzender Gesundheit, weil er an Knochen und Muskeln wahrhaft athletisch gebaut und ein eifriger Freund körperlicher Übungen war, andere wieder nennen ihn krank ab ovo. Verdächtig im Sinne einer psychopathischen Belastung muß immerhin die Abstammung von dem unsteten Vater und der zweifellos nervösen Mutter erscheinen, ferner aber auch die Degeneration des Bruders. Maupassants Persönlichkeit zeigt uns die Begabung mit einem ausgezeichneten Gedächtnis und einer klaren, man möchte sagen „soliden" Intelligenz; denn obwohl er von Natur sehr zum Fabulieren neigte, wurde diese lebhafte Phantasie doch von einem scharfen Verstande und Urteilsvermögen kontrolliert und beherrscht. So war auch sein Lieblingsschriftsteller ein Engländer: Shakespeare. Maupassant besaß von Hause aus eine fröhliche Bosheit, ver-

[1]) Nach Maynial.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fügte über gutmütigen Spott und viel Sinn für Karikatur und Witz. Er nahm nicht wenig Alkohol zu sich — schon als Kind mit den Fischern seiner Heimat zusammen —, soll aber niemals betrunken gewesen sein. Wir wagen nicht zu entscheiden, ob dieses Bedürfnis nach Stimulantien ihm angeboren, anerzogen oder eine Folge seiner späteren Lebensführung gewesen ist; wahrscheinlich treffen alle drei Vermutungen zu. Seine sexuellen Bedürfnisse überstiegen wohl ohne Zweifel die Norm und äußerten sich häufig in starker, triebartiger Erregung. Eine gewisse innere Unruhe ist bei Maupassant schwer zu verkennen; er ergriff das Leben mit einer fieberhaften Hast und seine Freude am „Genießen", seine Begierde nach Abwechslung, sein Verlangen nach Steigerung aller Genüsse waren unersättlich. Soll man dies nun eine „überströmende Kraftnatur" nennen? Oder eine Psychopathie, der die bunte Folge wechselnder Genüsse nichts anderes bedeutete als ein willkommenes Exzitans? Jedenfalls nahm nebenher seine Neigung zu hypochondrischen Befürchtungen mit den Jahren immer mehr zu. Lagriffe spricht für die Jahre 1872—80 von „neurasthénie" und hebt unter anderm auch Maupassants „Egoismus", seine Selbstüberschätzung und den zeitweiligen Hang zu einsamem Selbstgenusse hervor. Dagegen sieht Vorberg z. B. gar nichts Psychopathisches in Maupassant. Allerdings spielt noch eine andere Frage hier hinein. Maupassant hat sich syphilitisch infiziert; wann dies war, wissen wir nicht: Lagriffe meint 1879 und vielleicht schon 1877. Da aber alle wirklichen Beweismittel zur Erhebung des Zeitpunktes fehlen, so könnte die Infektion ebensogut auch viel früher stattgefunden haben, und manche der „nervösen" Störungen wären als die körperlichen oder normalpsychologischen Folgen der luischen Infektion anzusehen. Auch wäre bei Maupassants ruheloser Lebensführung eine echte Neurasthenie, eine Erschöpfungsnervosität, denkbar, und der Alkoholmißbrauch könnte die nervösen Beschwerden noch erhöht haben. Alles in allem werden wir sagen müssen, daß jedenfalls von Anfang an bei Maupassant eine vererbte (nicht für Laien, aber für Psychiater erkennbare) leichtere Psychopathie bestanden hat und daß die nervösen Störungen durch Syphilis, Alkohol und Erschöpfung verstärkt worden sind.

Dies alles gilt im wesentlichen nur für die Zeit bis zum 30. Lebensjahre des Dichters. Denn damals (1880) setzten sehr viel ernstere Beschwerden ein, die erst 1885 abermals einen anderen Charakter annehmen sollten.

In den Februar oder März 1880[1]) fällt der Beginn eines Augenleidens: Maupassant fing an, schlecht in der Nähe zu sehen, und die Akkomo-

[1]) Lacassagne meint „1878".

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dationsstörung erschwerte ihm Lesen und Schreiben. 1882 stellte der bekannte Augenarzt Landolt die Erweiterung einer Pupille fest und verordnete Konvexgläser. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir hier eine Ophthalmoplegia interna diagnostizieren. Landolt soll zu Goncourt gesagt haben, das Übel säße hinter den Augen, und derselbe Arzt schrieb später an Lumbroso: „Le mal, en apparence insignifiant (dilatation d'une pupille) me fit prévoir cependant, à cause des troubles fonctionnels qui l'accompagnaient, la fin lamentable qui attendait le jeune écrivain." Zu den eben erörterten Störungen gesellten sich gleichzeitige (und später allmählich zunehmende) Anfälle von sogenannter „Augenmigräne": der Kranke wurde plötzlich auf eine viertel bis halbe Stunde oder auch noch längere Zeit hindurch „blind", es wurde „finstere Nacht" um ihn und heftige halbseitige Kopfschmerzen begleiteten die Augenbeschwerden. Ob es sich hier um eine „echte" Migräne gehandelt hat (die bei Maupassants Psychopathie ja nichts Auffallendes an sich gehabt hätte) oder ob die Anfälle schon Vorläufer der späteren Hirnkrankheit waren, läßt sich heute wohl kaum entscheiden. Die Sehschärfe scheint mit den Jahren (besonders seit 1887) erheblich abgenommen zu haben. Daß neben der Ophthalmoplegia interna noch eine Neuritis optica mit Sehnervenatrophie bestanden hat, diese Vermutung ist nicht ganz von der Hand zu weisen [1]).

Das Augenleiden blieb nicht das einzige Krankheitszeichen. Maupasssant wurde in zunehmendem Maße „neurasthenischer", wie es heißt, und dies will im wesentlichen nichts anderes besagen, als: er wurde depressiv. Der heitere Ruderer mit seinem gesteigerten Lebensdrange wandelte sich allmählich in einen mutlosen, traurigen Mann um. Ihn peinigten schwere Verstimmungen, Angst und Unruhe; seine Weltanschauung kehrte sich einem tiefen Pessimismus zu, und der Gedanke an den Tod verließ ihn kaum jemals. Er fühlte Furcht vor sich selber und wieder vor der eigenen Furcht. „Vor allem aber fürchte ich mich vor der entsetzlichen Verwirrung meines Geistes, meiner Vernunft, über die ich die Herrschaft verliere und die durch eine geheimnisvolle, unsichtbare Angst getrübt wird." „Ehedem empfand ich nichts dergleichen . . ." „Denken wird eine furchtbare Qual, wenn das ganze Hirn nur eine Wunde ist" (Maupassant). An nichts hatte der Kranke mehr rechte Freude, die einstige Genußfähigkeit war dahin: „Wozu jenes unbekannte Weh, das an mir nagt?" Dieses „Weh" steigerte sich häufig genug bis zum ausgesprochenen Lebensüberdruß und war mit hartnäckiger Schlaflosigkeit verbunden. Auch Maupassants Werke spiegeln diese tiefe Depression wieder.

[1]) Lagriffe nimmt eine chronische syphilitische Iritis mit Exazerbationen an — eine Hypothese, die wenig Wahrscheinlichkeit für sich hat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Was Maupassant in seinem schweren Krankheitsgefühle alles an Heilungsversuchen unternommen, wie viele Kuren er begonnen hat, möge man bei Lagriffe nachlesen; für unsere Zwecke sind diese Einzelheiten gleichgültig. Er griff aber auch, und dies ist wichtig, außer nach dem Alkohol noch zu den schwersten anderen Betäubungsmitteln und Stimulantien: Äther, Chloroform, Morphium, Opium, Kokain, Haschisch. Namentlich pflegte er sich mit Äther zu betäuben, und z. B. „Pierre et Jean" soll völlig unter der Einwirkung dieses Giftes geschrieben sein. Wann der Gebrauch der Reizmittel eingesetzt hat, ist nicht genau mehr festzustellen; Vorberg meint, schon 1882, worauf die Novelle „Fou" hindeute. In „Fou" wird in allerdings merkwürdiger Weise die Eifersucht eines Mannes auf das Pferd seiner Geliebten geschildert.

Wichtiger noch als die Frage nach dem Beginn wäre die Entscheidung der Frage nach dem Grade des Mißbrauchs jener Narkotika. Daß Maupassant sie überhaupt gekannt hat, geht mit Sicherheit daraus hervor, daß er ihre Wirkung zutreffend und mit subjektiver Färbung beschreibt. Aber bei möglichst kritischer Sichtung des Materials gelangt man doch zu der Überzeugung, daß es sich nur um eine ganz gelegentliche Aufnahme der Gifte gehandelt haben kann, wenigstens was Morphium, Opium, Chloroform, Haschisch und Kokain anlangt. Offenbar hat Maupassant diese Mittel nur zur Linderung der „Migräne"-Anfälle genommen. Keinesfalls hat man ihn etwa als chronischen Morphinisten oder Kokainisten zu betrachten. Freilich, dem Alkohol- und Äthergenuß hat er wohl in größerem Maßstabe gehuldigt, und zwar wahrscheinlich, um gegen die Gefühle der Mutlosigkeit, des körperlichen Unbehagens und der geistigen Erschöpfung anzukämpfen. So beschreibt er (1888) in „Sur l'eau", wie der Äther ihm neben der Beseitigung von Schmerzen auch das Gefühl erleichterter geistiger Tätigkeit verschaffe; er höre dabei murmelnde Stimmen (z. B. gleichzeitig zwei Zwiegespräche), keine Worte, sondern „nur Summen in den Ohren", es sei „kein Traum, wie ihn der Haschisch hervorruft", . . . auch „nicht die ein wenig krankhaften Visionen des Opiums" (Maupassant).

Wir sind damit bei den Halluzinationen und Illusionen angelangt, die in dem Krankheitsbilde Maupassants ein ungewöhnliches Interesse bieten, und die er selber so häufig in seinen Werken geschildert hat. Wenigstens müssen wir annehmen, daß er hier oft an eigene Erlebnisse anknüpft. Natürlich ist manches vielleicht ein wenig umgeformt und dichterisch stilisiert, aber der Kern ist als echt anzusehen. So schreibt Bourget 1883 einmal, daß Maupassant „grausame Halluzinationen" habe. Auch wurde später (1885) zuweilen beobachtet, wie er sich auf der Straße plötzlich umdrehte, als ob er jemand hinter sich gehört oder gefühlt habe.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diese Täuschungen müssen, nach den Werken zu urteilen, fast alle Sinnesgebiete umfaßt haben: vor allem Gesicht und Gehör, dann aber auch Geruch und Tastsinn. Die Gehörshalluzinationen traten nicht in Form von „Stimmen", sondern als elementare Geräusche auf. Ein paar Beispiele von Sinnestäuschungen: 1883 schildert er in „La peur" „Tambourtrommeln", daneben auch die Erscheinung eines weißhaarigen Kopfes (nur poetisch?); 1884 in „Apparition" eine leichte Berührung von rückwärts. Er hört langgezogene Laute und sieht eine weiße Frau erscheinen. In „Lui" bemerkt er (1884) eine unheimliche Gestalt in einem Sessel sitzen. Gehen wir an dieser Stelle einmal ausnahmsweise über das Jahr 1885 hinaus, so erkennen wir, wie sich die Sinnestäuschungen allmählich immer mehr gesteigert haben: „Le Horla" (1887) ist gleichsam die Verkörperung der pathologisch abgeänderten Wahrnehmung der Umgebung. In „Sur l'eau" (1888) heißt es: „plötzlich war's mir, als sähe ich mich in einen Wald von Hingerichteten versetzt . . ." Er hört dabei aus der Ferne „ein Wehklagen, ein markerschütterndes Schreien". Wie er einem Freunde erzählt hat, schaute Maupassant 1889 einmal sich selbst ins Zimmer treten, während die Gestalt den Kopf in der Hand trug; dann sah er, wie er sich selbst gegenüber Platz nahm. In „La vie errante" beschreibt der Dichter das gleichzeitige Auftreten von Gehörs- und Geruchshalluzinationen, in „Qui sait" 1890 Ohrensausen, den Eindruck des Fahrens von Eisenbahnzügen, Glockenläuten, des Trappelns einer großen Menschenmenge, das Hüpfen und Weglaufen von Lehnsesseln und anderen Möbeln. —

Was bedeuten nun alle diese Sinnestäuschungen? Sind sie der Ausdruck einer beginnenden Psychose? Oder haben auf ihre Entstehung die Narkotika einen wesentlichen, vielleicht gar alleinigen Einfluß gehabt? Aus Form und Inhalt der geschilderten Halluzinationen können wir nichts Sicheres erschließen. Das Kokain kann sie nicht verursacht haben; denn die Täuschungen nach Kokainmißbrauch sind so bezeichnend, daß Maupassant diese eigenartige Kombination von Gesichts- und Gefühlshalluzinationen, dieses Sehen und Fühlen vieler winziger Gegenstände sicherlich einmal genauer dargestellt hätte; auch fehlte stets die doch ausgesprochene Kokaineuphorie in den Zuständen, die Maupassant schildert. Ganz das gleiche ließe sich vom Opium sagen: was Maupassant an Halluzinationen beschreibt, sind niemals die angenehmen, traumartigen Bilder und Erlebnisse, wie sie das Opium hervorruft, und wie sie von einer heiteren, selbstzufriedenen Stimmung getragen werden, sondern es sind meistens Sinnestäuschungen, die eine lebhafte Angst begleitet oder bei denen sogar die Angst das Primäre ist. Maupassant hätte weiterhin auch der Versuchung kaum widerstanden, uns Haschischhalluzinationen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu beschreiben, wenn er sie erlebt hätte — jene seltsamen Störungen des Muskel- und Tastsinnes, in denen alle Maße der Umwelt und des eigenen Körpers illusionär verändert erscheinen.

Nein, eher erinnern manche der Maupassantschen Sinnestäuschungen in ihrem theatralischen, spannenden Charakter an die von Hysterischen (z. B. daß er mehrmals beschreibt, wie er sich selber gegenübersteht usw.). Auch an hypnagoge Halluzinationen bei einem Psychopathen könnte man denken, die dichterisch umgestaltet wären. Mehr noch aber und vor allem gleichen seine Sinnestäuschungen denen von Alkoholisten, etwa wie sie mit Einbruch der Dunkelheit aufzutreten pflegen und sich an undeutlich aufgefaßte Eindrücke anknüpfen.

Oder sollten hier vielleicht eine Reihe von Faktoren gleichzeitig am Werke gewesen sein: die Psychopathie, der Alkohol und die beginnende Psychose? Heute ist, soviel wir sehen, dieses Chaos nicht mehr zu lichten; jedenfalls kann man nicht mit absoluter Sicherheit (wie Vorberg will[1]) die Psychose allein für die Halluzinationen verantwortlich machen.

Vom Jahre 1885 ab tritt eine neue, eine dritte Phase in Maupassants Krankheitszuständen auf. Wir sehen, wie sich jetzt verhältnismäßig plötzlich eine unbestreitbare Änderung der Grundzüge seiner Persönlichkeit, seines Charakters vollzieht; während vorher die Stimmung nur vom Heiteren ins Traurige umgeschlagen war, finden wir ihn jetzt zärtlicher, weichherziger, sentimentaler werden, ja zuweilen fast rührselig. Auch in den Werken tritt dies deutlich 1885 in „Yvette" und in „Mont-Oriol" (verfaßt 1885—86) zutage, und die literarischen Kritiker sprechen geradezu von dem zweiten Stile Maupassants seit dieser Periode, von seiner zweiten Manier des Schreibens, und meinen damit eben die größere Weichheit und Wärme der Darstellung.

Betrachtet man die Produktion Maupassants nach ihrer rein äußerlichen Quantität, so fällt von 1882—85 ein rapides Ansteigen (um jährlich ein bis zwei Bände) auf; von 1886 an sinkt die Kurve herab und hält sich bis 1890 auf ungefähr gleicher Höhe, um 1891 den Nullpunkt zu erreichen. Die Ursache für diese Steigerung der Produktion und ihr plötzliches Absinken ist höchstwahrscheinlich in pathologischen Störungen zu sehen.

Von 1885 ab litt Maupassant neben der Depression an einem allgemeinen Unbehagen, einer unbesiegbaren Schlaflosigkeit, unaufhörlichen Kopfschmerzen und schwerer Furcht vor Erkrankung; meistens fröstelte ihn und das Gesicht wurde schmäler, die Augen erschienen glasig. Im August 1886 bemerken wir jähe Stimmungswechsel, hochgradige Reizbarkeit und heftige Ausbrüche bei geringfügigen Gelegenheiten; Maupassant

[1]) Die anderen Autoren gehen nicht näher auf diese Frage ein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hatte die stolze Kaltblütigkeit, die er vorher immer zur Schau trug, verloren.

Das Jahr 1887 brachte die Novelle „Le Horla"; sie befremdete die Leser und muß in der Tat als das Werk eines Tiefkranken bezeichnet werden. Maupassant vermag die Wirklichkeit nicht mehr in richtiger Weise aufzufassen und zu deuten, er korrigiert seine Halluzinationen nicht mehr, seine Kritikfähigkeit und sein Urteil werden schwach.

Die folgende Zeit, von 1888—91, ist in sozialer Hinsicht durch zahlreiche Gerichtsprozesse gekennzeichnet, die Maupassant in steigender Reizbarkeit und wachsendem Mißtrauen anhängig machte. Obwohl in all diesen Prozessen dem Dichter ein gewisses Recht zur Seite zu stehen scheint, war doch die Heftigkeit seiner Angriffe eine durchaus krankhafte, und wenn er andererseits öfters einen größeren Prozeß plötzlich achtlos fallen ließ, so hatte auch dies zweifellos eine pathologische Ursache.

Ein Brief Ende 1888 zeigt uns allerhand schwere Störungen nach Inhalt und Form: sinkende Urteilskraft, Schwerfälligkeit und Dunkelheit des Ausdrucks, Wiederholungen und Überladenheit, Durchstreichungen, schlecht konstruierte Sätze und Verdrehungen der Syntax, aber auch grobe orthographische Fehler.

1889 finden wir „rheumatische" Schmerzen, Krämpfe (?), „crampes" in Händen und Schultern, „Migräne", Schwächegefühl und Reizbarkeit, Unvermögen zur Arbeit. Er klagt über Gedankenschwinden, und die Merkfähigkeit läßt nach. Die Stimmung ist dauernd depressiv; der Kranke fürchtet sich vor dem Tode. Während er selber meint, an „unheilbarer Influenza und schrecklichen Neuralgien" erkrankt zu sein, nehmen die Beeinträchtigungsideen zu und die Reizbarkeit wächst bis zum äußersten: Streitigkeiten, heftige Briefe, Prozesse häufen sich aufeinander. 1890, im 40. Lebensjahre des Schriftstellers, ist der Zusammenbruch vollständig; Maupassant war ein blasser, magerer, vorzeitig gealterter Mann, sein Blick „krankhaft starr", leer und tot, und sein Urteil schwachsinnig.

Ob ein Pariser Nervenarzt, den Maupassant im Frühjahr 1891 konsultierte, die Krankheit richtig erkannt hat? Dem Patienten sagte er „Neurasthenie"; jedenfalls riet er den Verwandten und Freunden nicht, ihn in eine Anstalt zu verbringen. Aus derselben Zeit wird von einer Sprachstörung, einem „Stottern" Maupassants berichtet. Dies kann indessen nur vorübergehend vorhanden gewesen sein; ob vielleicht ein Anfall voraufgegangen war, wissen wir nicht.

Immer mehr krankhafte Veränderungen wies die Handschrift des Dichters auf. Ein Brief an die Mutter (März 1891 [1]) bietet zwar keine

[1]) Faksimile bei Lumbroso.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Störungen dar, um so mehr dagegen der letzte Brief, aus dem Juni 1891. Die Schriftsymptome sind derart, wie sie für Paralyse als typisch angesehen zu werden pflegen. Die Handschrift wurde steif, zitterig, ungelenk, ataktisch, zuweilen kindlich. Der Inhalt der Briefe wurde unklar und kritiklos; sie waren durch Verbesserungen, Auslassungen, Wiederholungen und orthographische Fehler entstellt. Leichte Größenideen (seine Schriftstellerfähigkeiten betreffend) traten auf, vor allem aber Verfolgungsgedanken, und die künstlerische Produktion war vollständig lahmgelegt.

Im Sommer 1891 trat eine lebhafte Erregung hinzu, bei der aber die äußere Haltung des Kranken noch bewahrt blieb; die Depression war verschwunden und im allgemeinen einer deutlichen Euphorie gewichen. Einige Tage weilte Maupassant in einer Wasserheilanstalt bei Genf; er sprach dort ungewöhnlich schnell, viel und in aufgeregter Weise, er ließ sich „Marquis" nennen[1]) und erzählte, daß Schüsse, die man ihm zu Ehren abfeuerte, Hunderttausende von Franken gekostet hätten. Er besäße einen Spazierstock, mit dem er sich schon gegen drei wilde Hunde, die von hinten, und drei Zuhälter, die von vorn kamen, gleichzeitig verteidigt hätte. Wohlgefällig verschaffte sich der Patient mit Parfümfläschchen „Geruchssymphonien" und weinte andererseits bei den unbedeutendsten Anlässen.

Im September 1891 sehen wir den Kranken in Cannes immer noch frei umhergehen, in euphorischer Stimmung. Er sprach hastig und war voll innerer Unruhe, die sich auch nach außen hin bemerkbar machte; eines Nachts schoß er auf vermeintliche Einbrecher beliebig ins Dunkel hinein. Er klagte selbst über Gedächtnisschwäche und fand die Worte nicht mehr, er fühlte eine Verdoppelung seiner Persönlichkeit und forderte von seiner Umgebung, man möchte ihn „Graf" nennen.

Trotz alledem sah Maupassant in merkwürdiger Selbstkritik die Geisteskrankheit über sich hereinbrechen. Er machte sein Testament (in dem er seinen Vater enterbte und sich Illusionen über die Größe seines Vermögens hingab) und plante Selbstmord. Das Weihnachtsfest 1891 beging er nicht, wie verabredet mit seiner Mutter, sondern mit zwei seiner Freundinnen; er wurde bei der Feier indessen derartig erregt, daß die beiden Frauen vor ihm flüchten mußten.

In der Nacht vom 1. zum 2. Januar 1892 machte er in Cannes einen Selbstmordversuch; aber der Revolver versagte (der Diener hatte die Kugeln entfernt), und der Kranke ergriff ein Papiermesser, um sich die Halsschlagader zu öffnen. Als er sich dabei verletzte, schrie er laut um Hilfe.

Die kleine Wunde heilte bald, und, um Maupassant „zur Vernunft zu bringen", führten ihn die Freunde ans Meer, und der Dichter durfte

[1]) Ein Maupassant besaß allerdings den Marquis-Titel, aber nicht unser Kranker.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in eine Zwangsjacke eingeschnürt, noch einmal vom Strande aus seine geliebte Segeljacht betrachten. Doch es half nichts.

So schickte man ihn denn endlich in eine Irrenanstalt (bei Paris), wo er im Januar 1892 eintraf. Die Duschen und Bäder dort nützten ebensowenig.

Der Kranke verfiel in einen kindlichen Schwachsinn: er glaubte sich mit Edelsteinen angefüllt, er pflanzte Zweige in die Erde, um „kleine Maupassants" wachsen zu sehen, er hatte Halluzinationen und Anfälle von „Aphasie" (crises d'aphasie), jedenfalls Sprachstörungen, wenn vielleicht auch nur vorübergehender Natur. Nachts sprach er von „Millionen" und „Päderastie".

Öfters ist die Zwangsjacke angelegt worden, was auf Erregungen schließen läßt. Noch einmal wird eine tiefe Depression erwähnt; dann kam allmählich der Blödsinn und im Januar 1893 war Maupassant, wie es heißt, „am Vertieren".

Im Juli 1893, im 43. Lebensjahre, erfolgte der Tod.

So haben wir, alles in allem, bei Maupassant eine Geisteskrankheit vor uns, die man von 1885 an nach der Charakterveränderung und Reizbarkeit, der Gedächtnis- und Urteilsschwäche, nach den kritiklosen Wahnideen und den Störungen von Handschrift und Sprache sowie dem schließlichen Ausgang in Blödsinn und Tod (vor allem eben dem Ende der Krankheit nach) als eine progressive Paralyse auffassen wird.

Und doch sind uns mündliche Äußerungen von Kollegen begegnet, dies sei keine Paralyse gewesen, sondern eine Lues cerebri, eine Hirnsyphilis. Dafür spräche vor allem der sehr lange Verlauf des Leidens (13 Jahre) und das Vorherrschen der Halluzinationen.

Man könnte vielleicht noch mehr Gründe für die Diagnose „Lues cerebri" beibringen. Da die meisten Fälle von Hirnsyphilis in den ersten zwei Jahren nach der Infektion zum Ausbruche kommen und französische Autoren die syphilitische Infektion in das Jahr 1879 verlegen, so fänden sich in der Tat nur wenige Jahre zwischen der Ansteckung und dem Auftreten der Pupillendifferenz und der Halluzinationen. Auch sollen Gehörstäuschungen bei Paralyse nach Kraepelin „geradezu selten" sein, um so häufiger aber Hirnlues kennzeichnen. Dazu kommt, daß Maupassant anfangs seinen Halluzinationen noch kritisch gegenüberstand. Die Form der Pupillenstörung, das Fehlen der Konvergenzreaktion, ist ebenfalls häufiger bei Lues als bei Paralyse. Der starke, namentlich der halbseitige Kopfschmerz, die geringfügige, nur vorübergehende Sprachstörung, die (allerdings nicht näher beschriebenen) Krämpfe in Armen und Schultern, das sehr späte Auftreten der Gedächtnisschwäche könnten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in gleicher Weise für die Diagnose Lues cerebri einnehmen. Ferner spräche dafür die bei Lues sehr häufige paranoide Richtung der Wahnbildung, eine gewisse Krankheitseinsicht, das Erhaltenbleiben der Produktivität bis zwei oder drei Jahre vor dem Tode, und schließlich könnte der Endzustand ganz einem paralytischen gleichen, ohne doch ein solcher zu sein.

Nimmt man Lues an, so müßte man wohl vor allem an eine meningitisch-gummöse Form denken, nicht an die Endarteriitis der kleinen Gefäße.

Was ließe sich nun aber für die Diagnose „progressive Paralyse" ins Feld führen? Zunächst ist hervorzuheben, daß eine Ophthalmoplegia interna zwar meistens mehr für Lues spricht, daß sie aber doch auch bei echter Paralyse vorkommt. Sodann gehören die Halluzinationen nicht eindeutig der Psychose an, sondern können, da sich ja oft alkoholische Störungen einer Paralyse auflagern, zum Teil durch Alkohol und Äther bedingt, vielleicht auch durch eine Optikusreizung (vgl. das Augenleiden) befördert worden sein. Mehr noch für Paralyse nimmt das Fehlen ausgesprochener Herderscheinungen und die schleichende Entwicklung der Krankheit ein; weiterhin der Umstand, daß die Psychose nicht das geringste Stehenbleiben, gar keine Remissionen kannte, sondern stetig und gleichmäßig, nicht einmal schubweise fortschritt bis zum Tode. Zudem ist der Endzustand, von 1892 an, übrigens wirklich typisch paralytisch, wobei wir die charakteristischen Störungen der Handschrift besonders betonen möchten.

Das einzige, was mit einem Schein von Recht gegen Paralyse angeführt werden könnte, wäre die lange Dauer der Krankheit: vom Einsetzen der Pupillenstörungen an etwa 13 Jahre. Aber nun gilt es doch zuvor die Frage aufzuwerfen (leider nicht: zu beantworten): was heißt denn eigentlich „Dauer" einer Paralyse? Wann setzt, strenggenommen, eine Paralyse ein? Mit der Infektion? Mit dem ersten Auftreten der körperlichen Störungen? Oder mit dem der psychischen Anomalien? Gibt es ein Vorstadium oder gehört dieses eben schon der Psychose selber an?

Lagriffe schiebt die lange Dauer der Paralyse Maupassants, gestützt auf eine alte französische Lehre, der Tatsache zu, daß Maupassant erblich belastet gewesen sei: dies verlängere die Dauer der Paralyse. Theoretisch ist ein solcher Gedankengang nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen. Denn „Belastung" kann oft nichts anderes als vererbte Lues sein; der Abwehrmechanismus könnte bei Belasteten besser arbeiten und das Ende der Paralyse hinausschieben.

Eine Dauer der Paralyse von ausnahmsweise zehn Jahren wird selbst von sehr kritischen Autoren zugegeben. Nehmen wir bei Maupassant

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine Paralyse an, so wäre sie absolut sicher von 1887 ab (Le Horla), also sechs Jahre vor dem Tode; sie wäre höchst wahrscheinlich von 1885 (der Stiländerung in den Werken) an, also immer erst ein Zeitraum von acht Jahren vor dem Ende.

Wird die Paralyse sicher durch Lues erzeugt, so ist nicht einzusehen, warum nicht bei Maupassant ein chronisches luetisches Vorstadium vorangegangen sein sollte; wollen doch manche neuere Autoren, daß die Paralyse nichts Metasyphilitisches sei, sondern direkt ein luischer Prozeß, gleichsam ein Quartärstadium, daß damit also die Paralytiker wahrscheinlich noch Spirochätenträger seien. Schon eine einfache sekundäre Syphilis erzeugt oft nervöse Beschwerden: starke Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit; Reizzustände der Hirnhäute bei Lues (auch bei frischer) sind (sogar nach den Befunden der Spinalflüssigkeit) wahrscheinlich ziemlich häufig. Ein solcher Zustand könnte zum Teil die „Neurasthenie" bei Maupassant 1876—80 gewesen sein. Seine Ophthalmoplegia interna wäre als ein tertiärluischer Prozeß aufzufassen; und eine Vereinigung von psychopathischer Anlage, Lues und reichlichem Alkoholgenuß könnten vielleicht auch die gelegentlichen Halluzinationen (1883—85) zwanglos erklären.

Wir stehen somit vor dem Ergebnis (wenn wir nicht von 1880 an einfach Paralyse annehmen wollen): ein luetisches Vorstadium und von 1885 ab sichere Dementia paralytica.

Daß es sich wohl nicht um eine „atypische" Paralyse gehandelt haben kann, bei der ja oft gerade die Halluzinationen in den Vordergrund gerückt sind, beweist der Mangel an ausgesprochenen Herderscheinungen.

In Frankreich ist von den behandelnden Ärzten Maupassants und auch von Lagriffe (ebenso wie von Thomas in Belgien) ohne Diskussion die Diagnose Paralyse gestellt worden; doch war zu Maupassants Zeit der Begriff der Lues cerebri ja noch gar nicht bekannt. Auch Vorberg spricht ohne alle differentialdiagnostischen Zweifel lediglich von Paralyse. Nur Laccassagne meint, Maupassant sei zugrunde gegangen an einer Erkrankung seiner weißen Hirnsubstanz, an einer „leucoencéphalite, substratum anatomique du délire systématisé progressif".

Als Hauptursache von Maupassants Psychose müssen wir die Syphilis ansprechen. Es ist möglich, daß auch hereditäre Belastung, Alkohol sowie andere Stimulantien, geistige Überanstrengung und Mangel an Schlaf die Entstehung der Krankheit mit unterstützt haben; etwas Sicheres darüber wissen wir in diesem Falle ebensowenig wie bei tausend anderen Kranken. Dem Rudersport Maupassants würden wir, obwohl seine Freunde und andere sehr dazu geneigt waren, keine besondere ursächliche Bedeutung beimessen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bisher ist unseres Wissens noch nirgends auf die interessante Parallele zum Falle Nietzsches hingewiesen worden. Auch hier eine hysterische Mutter, eine angeborene Nervosität (Psychopathie), syphilitische Infektion, dann ein Augenleiden und jahrelange Migräne, ein schleichender Beginn der Psychose, eine sehr lange Dauer bei gutem Erhaltenbleiben der formalen Fähigkeiten neben exaltierter Überproduktion, ferner Mißbrauch von Medikamenten (Chloral usw.), geistige Überanstrengung, Größenideen, Demenz und Tod in Verblödung. Einige Werke haben bei Nietzsche wie bei Maupassant gerade durch die pathologischen Züge für viele Leser etwas Mitreißendes und „Dämonisches" bekommen. Endlich hat man ja auch bei Nietzsche die Diagnose Paralyse (die Möbius gestellt hat) stark angezweifelt und durch die einer Lues cerebri ersetzt haben wollen.

Daß auf verschiedene Werke Maupassants ein Einfluß krankhafter Störungen stattgefunden hat, ist zweifellos. Maupassant war schon ein Kranker und vielleicht ein Psychotischer mit dem Jahr seiner Schriftstellerreife 1880, mit dem Beginn seines Ruhmes und zu Anfang des Dezenniums seiner höchsten Produktivität (1880—90) — eine ebenso auffallende wie tragische Tatsache.

Ein paar Beispiele seien aus den Werken herausgegriffen. In „Sur l'eau" (1881) schildert Maupassant eigentlich die Nacht eines Alkoholikers, der, ähnlich wie bei einem beginnenden Delirium tremens, unter lebhafter Angst allerhand Illusionen und Halluzinationen des Gesichts- und Gehörssinnes erlebt.

In „Lui" (1884) heiratet der Held aus Furcht vor nächtlichem Alleinsein, d. h. aus Angst vor erlebnisartigen Gesichtshalluzinationen: er hat abends, als er nach Hause kam, eine Gestalt bei sich im Sessel sitzen sehen. Noch kritisiert der Held: jener „Er" existiere nicht, sondern sei nur in seiner Einbildung, seiner Furcht vorhanden. Immerhin aber hat hier die Umgebung schon die Gefühlsbetonung des Unheimlichen.

Viel stärker zeigt sich das gleiche in der Novelle „Le Horla" 1887, die einen hohen wissenschaftlichen und didaktischen Wert besitzt. Der Held leidet an Traurigkeit und dem ständigen Gefühl einer drohenden Gefahr; er leidet ebenso an schweren Träumen und an Alpdrücken: man würgt ihn nachts. Auf Spaziergängen scheint ihm irgendein jemand zu folgen. Er verliert allen Sinn für die Wirklichkeit, allen Glauben an ihre Objektivität und philosophiert: „wir kennen nur den hunderttausendsten Teil dessen, was existiert." Nachts will er trinken, aber die Wasserkaraffe ist leer. Es lebt ein Wesen in seiner Nähe, das sich von seinem Trinkwasser und seiner Milch nährt — trotz aller Gegenmaßregeln —, ein Wesen, das materielle Veränderungen vornehmen kann, ohne selbst materiell zu sein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Am hellen Tage sieht er, wie eine Rose sich vom Strauche löst und in der Luft hängen bleibt. War die Rose eine Halluzination? Nein! Er denkt an Geisteskrankheit bei sich. Ein anderer will für ihn; er wird zum Sklaven des andern. Dieser andere, „Le Horla", ist ein neues Wesen, das den Menschen ablösen wird, denn die jetzige Welt geht unter. Der Held entscheidet sich, jenen zu töten: er schließt ihn ein in sein Zimmer und steckt das Haus in Brand. Aber „Le Horla" lebt weiter. Da faßt er den Entschluß, sich selber das Leben zu nehmen.

Daß diese Erzählung durch wirklich erlebte Halluzinationen, durch den Eindruck des Unheimlichen der Umgebung, durch das Gefühl, von einer anderen Macht beherrscht zu werden, inspiriert ist, dürfte ohne weiteres klar sein; ebenso, daß eine gewisse Urteilslosigkeit, ja Kindlichkeit im Verhalten des Helden liegt und daß endlich auch die Darstellung viele Maßlosigkeiten enthält[1]). Von höchstem Interesse ist es aber, zu sehen, wie hier aus verschiedenen krankhaft veränderten Elementen der Persönlichkeit geradezu vor unsern Augen eine neue Weltanschauung aufgebaut wird.

Es kann uns nicht wundernehmen, wenn die Einflüsse der Psychose im Jahre 1890 in der sogenannten Novelle „Qui sait" noch ausgeprägter zutage treten. Der Held dieser Erzählung sitzt vor seiner Wohnung und hört auf einmal allerhand seltsame Geräusche. Plötzlich hüpft sein Lehnsessel aus dem Hause in den Garten, dann folgt auch das ganze übrige Mobiliar hüpfend nach und verschwindet. Nach einiger Zeit findet der Held seine Möbel bei einem Händler wieder, der ihm einen seltsamen Eindruck erweckt. Er macht der Polizei Meldung; aber der Händler ist samt den Möbeln verschwunden. Als der Held nach Hause zurückkehrt, trifft er dort seine Möbel vollzählig an. Jetzt erfüllt ihn nur noch die Angst vor dem unheimlichen Händler, und er geht freiwillig in eine Irrenanstalt (!). Aber eine einzige Furcht läßt ihm keine Ruhe: wenn der Händler auch verrückt würde? Und ebenfalls in die Anstalt käme?

Aus dieser „Novelle" spricht (abgesehen von den Halluzinationen) schon der paralytische Schwachsinn. Aber als Werk eines berühmten Schriftstellers konnte die Erzählung natürlich trotzdem Absatz finden.

Überschaut man Maupassants Werke im ganzen, so bleibt einem kein Zweifel, daß der tiefe Pessimismus, der in vielen seiner Bücher so offen redet, durch die Krankheit hervorgerufen ist, durch die pathologische Depression des Dichters. Sie ist es, die die Weltanschauung einseitig gefärbt hat. Zum Teil mag auch Maupassants Urteil über die Frauen dadurch beeinflußt worden sein. In der gleichen Weise wie die depressiven Stücke

[1]) Oben nicht berührt. Man vergleiche das äußerst interessante Original.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unter seinen Werken sind auch die, man möchte sagen sensationellen darunter durch psychotische Erlebnisse hervorgerufen worden.

Was die Form anlangt, so haben zuerst die Romane gelitten, nicht die Novellen. Maupassant war Novellist, nicht Romandichter. Was sich von seiner Begabung weiter entfernte, ist zuerst abgestorben. Maupassant war ein guter Arbeiter, der zehn Jahre lang sein Handwerk gelernt hatte, nämlich: Novellen zu schreiben. Diese Technik erhält sich auffallend lange, beinahe bis zuletzt; so fest war sie in der Psyche verankert. Vielleicht bildet dies eine Parallele zu der Tatsache, daß bei Paralytikern aus höheren Ständen die äußeren gesellschaftlichen Formen oft so merkwürdig lange konserviert bleiben.

Bei schärferem Zusehen findet man allerdings auch in dieser Richtung ganz leichte Störungen. Während die phantastische Skizze „Sur l'eau" (1881) in der Form noch fest, einfach und nüchtern geschrieben ist, enthält „Lui" 1884 schon Wiederholungen und Interjektionen, die der Autor selber einwirft. In „Le Horla" 1887 und mehr noch in „Qui sait" 1890 häufen sich Wiederholungen, Fragen, Unterbrechungspunkte (. . .); die selbstgefällige Wiederholung immer derselben (mühsam gefundenen) Worte erinnert an das Perseverieren Betrunkener.

Was die Wirkung des Pathologischen auf die Masse der Leser anbetrifft, so hat das Kranke an Maupassants Werken seinen Ruhm nicht begründet. Wohl aber hat es vielen seiner Werke, man möchte sagen den Schein der Tiefe hinzugefügt, einen gemütsweichen, grüblerischen, phantastischen Zug, eine Steigerung der dichterischen Welt über das photographische Abbild der Wirklichkeit hinaus. So wird zweifellos die literarhistorische Beurteilung seiner Werke durch das Psychotische darin beeinflußt werden.

Freilich, in den Augen nüchterner, sachkundiger und geschulter Kritiker hat die Psychose dem Werke Maupassants nichts Wertvolles hinzugefügt; ihr Wert für die Produktion bedeutet nur eine Schädigung: „Genie" und „Wahnsinn" sind hier nicht identisch. Immerhin aber — und dies ist höchst beachtenswert — hat in unserm Falle ein Gehirn, obgleich es krank war, zehn Jahre lang „geniale" oder doch zum mindesten ganz ausgezeichnete Werke geschaffen.

Fassen wir unsere Ergebnisse kurz zusammen. Maupassant hat an einer leichteren Form der Psychopathie gelitten. Er war Alkoholiker und hat sich syphilitisch infiziert. Seine Halluzinationen sind schwer zu klassifizieren. Nach einem längeren luetischen Vorstadium ist er endlich an einer progressiven Paralyse zugrunde gegangen. Viele seiner Werke sind durch die Krankheit beeinflußt worden — für den Sachkundigen ausschließlich zu ihrem Nachteil.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Literatur.

Maupassant, Œuvres complètes. Conard, Paris, 1908.
Maynial, Ed., La vie et l'œuvre de Guy de Maupassant. Société du Mercure de France, Paris, 1906.
Lumbroso, A., Souvenirs sur Maupassant. Bocca, Rome, 1905.
Thomas, L., La maladie et la mort de Maupassant. Mercure de France, 15. Juni 1905.
Thomas, L., La maladie et la mort de Maupassant. Herbert, Bruges, 1906.
Lacassagne, La folie de Maupassant. Gimet-Pisseau, Toulouse, 1907.
Vorberg, Guy de Maupassants Krankheit. Bergmann, Wiesbaden, 1908.
Lagriffe, Guy de Maupassant, étude de psychologie pathologique. Annales médico-psychologiques. Masson, Paris, Sept. 1908 — April 1909.
Flaubert, Correspondance. Band IV.
Goncourt, E. de, Journal des Goncourt. Band VIII und IX.
Pol Neveux, Guy de Maupassant, étude. Conard, Paris.
Chatel, G., Maupassant peint par lui-même. Revue Bleue, 11. Juli 1896.
Maynial, Ed., La composition dans les romans de Maupassant. Revue Bleue, 31. Oktober und 7. November 1903.

II. Bibliographie.

Hans Freimark: Tolstoi als Charakter. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1909.

Der Verf. unternimmt es, auf 33 Seiten ein Charakterbild des ihm persönlich unbekannten russischen Asketen auf Grund seiner Schriften zu entwerfen. Er schildert ihn als einen gefühlsarmen, rationalistischen Wirklichkeitsfanatiker und vollkommenen Egoisten, einen intoleranten und streitsüchtigen, indolenten und schwächlichen Mann, als einen eigensinnigen Sonderling, der sich als das Maß aller Dinge nehme, ein beschränktes Denken und eine selbstische Überhebung zeige. Dem asketischen Verstandesmenschen Tolstoi, der kulturfeindlich sei, müsse der größere Nietzsche gegenübergestellt werden, dem in seinem Übermenschentum eine Verschmelzung von Natur und Kultur vorgeschwebt habe.

Gaupp.

Bumke: Landläufige Irrtümer in der Beurteilung von Geisteskranken. Wiesbaden, Bergmann, 1908. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. LVIII. 2 M.

Woran liegt es, daß gerade die Angelegenheiten des Irrenwesens dauernd das Opfer fortgesetzter Mißverständnisse und Irrtümer geblieben sind? Den Grund sieht der Verf. zum großen Teil in der ungenügenden Sachkenntnis der praktischen Ärzte, ferner in der Tatsache, daß der größte Teil der Tageszeitungen ihrer Aufgabe, soweit psychiatrische Verhältnisse in Frage kommen, noch nicht gerecht wird. Eine offene Aussprache über die häufigsten Irrtümer, die in allen Fragen des Irrenwesens von Ärzten und Laien begangen werden, ist der Zweck der vorliegenden Arbeit, „ein Weg, der bisher nur selten und kaum je ganz

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zielbewußt beschritten worden ist". Im Mittelpunkt der Erörterungen befindet sich die Stellung der praktischen Ärzte zur Psychiatrie, während die irrtümlichen Auffassungen von Nichtmedizinern, speziell von Richtern und Verwaltungsbeamten, nur gestreift werden. Was in dem Hefte an irrtümlichen Auffassungen bei Ärzten berichtet wird, ist alles vom Verf. persönlich Erlebtes; darin liegt ein Hauptwert dieser Ausführungen; die Darstellung ist klar, knapp, sachlich; alle wissenschaftlichen Probleme sind beiseite gelassen; nur der praktische Gesichtspunkt wird berücksichtigt; das 80 Seiten umfassende Heft ist so reich an praktischer Erfahrung und trefflichen Ratschlägen, daß es für den praktischen Arzt unentbehrlich werden müßte; den Anfängern in der Psychiatrie kann es wie eine Art Katechismus empfohlen werden. Eine Übersicht des Inhaltes zu geben, ist kaum möglich, ohne allzu ausführlich zu werden, da der Verf. den reichen Stoff so schon so gedrängt wie nur möglich behandelt hat. Das Schlußkapitel ist der „Beurteilung der Geisteskranken vor Gericht" gewidmet; das Studium gerade dieses Kapitels kann nicht genug empfohlen werden; denn „der Ort, an dem sich jedes Defizit an psychiatrischem Können am fühlbarsten und am schnellsten zu rächen pflegt, ist der Gerichtssaal" und „ärztliche Irrtümer in der forensischen Psychiatrie haben eine Bedeutung, die über den Mißerfolg im einzelnen Falle weit hinaus geht". Probst (Eglfing).

Festschrift zum 40jährigen Bestehen der Edel'schen Heilanstalt für Gemüts- und Nervenkranke zu Charlottenburg 1869—1909. Herausgegeben von Max Edel. Mit Vorwort vom Geheimen Medizinalrat Sander. Mit 1 Porträt, 4 Tafeln, 4 Abbildungen und 1 Situationsplan. Berlin, Hirschwald, 1909. 155 Seiten.

Anläßlich des vierzigjährigen Bestehens der Edel'schen Privatheilanstalt hat Max Edel, ein Sohn des Gründers der Anstalt, eine Festschrift herausgegeben. Ein vom Herausgeber selbst bearbeitetes Kapitel ist der Anstalt gewidmet und schildert deren Entwicklung, ihre Bauten und Einrichtungen, die Statistik, die Behandlungsmethoden; die aus kleinen Anfängen hervorgegangene Anstalt, die 1869 nur 18 Aufnahmen zählte, hat jetzt Platz für 400 Kranke; die jährliche Aufnahmeziffer geht bis zu 500 und darüber; an der Anstalt sind beschäftigt 6 Ärzte, ein Pflegepersonal von 90, ein Dienstpersonal von 33 Köpfen. Aus den Mitteilungen über die Krankenbehandlung sei nur erwähnt, daß zwar von prolongierten Bädern zur Beruhigung der Kranken Gebrauch gemacht, eine Ausdehnung der Bäder aber auf mehr als 2—3 Stunden in der Regel vermieden wird, da sich in einzelnen Fällen Hautentzündungen einstellten und namentlich bei erregten Paralytikern ein anhaltender Einfluß lang ausgedehnter Bäder nicht zu bemerken war; nur bei Erregungen auf Grund von „einfachen Seelenstörungen" und bei Entziehungskuren seien die Dauerbäder wirklich von günstigem Einfluß gewesen. Sehr treffend und ehrlich ist, was über Isolierung und mechanische Beschränkung gesagt wird. — Auf den Anstaltsbericht folgt ein anscheinend von einer Kranken geschriebenes Elaborat „Eine Silvesterfeier" (in der Edel'schen Anstalt), das besser weggeblieben wäre. — Der zweite oder „wissenschaftliche Teil" der Festschrift enthält Abhandlungen von früheren und gegenwärtigen Ärzten der Anstalt sowie von solchen, die sonstwie mit der Anstalt in Beziehung stehen; die Abhandlungen beruhen, wenigstens zum größeren Teil, auf Beobachtungen und Anregungen aus der Anstalt. Max Edel und Senk-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

piel berichten über „Psychiatrische Erfahrungen mit der Wassermann'schen Serumreaktion". Es sind 112 Fälle untersucht worden; bei 100% der klinisch sichergestellten Fälle von progressiver Paralyse wurde die Reaktion positiv gefunden. Flamm (Charlottenburg) bringt einen „Beitrag zur Prognose der Dementia praecox"; auf Grund eines Materials von 32 Fällen kommt er zu dem Schlusse resp. bestätigt die Anschauung, daß die von Beginn an chronisch verlaufenden, vor allem die chronisch-katatonen und paranoiden Formen absolut ungünstige Aussichten bieten, während die Fälle mit akutem Beginn günstiger zu beurteilen sind. Prof. Strauß (Berlin) schreibt über „Die Methodik der salzarmen Ernährung bei Bromkuren, insbesondere bei Epilepsie". Hirsch (Berlin) bringt einen Aufsatz „Chirurgie und Geisteskrankheiten", in welchem er die mannigfachen Berührungspunkte und kausalen Wechselbeziehungen zwischen chirurgischen Erkrankungen und Geistesstörungen erörtert. Citron (Berlin) berichtet über „Urologisches in der Psychiatrie"; er referiert über die Publikationen, welche urologische Fragen im Zusammenhang mit der Psychiatrie behandeln. Levy-Dorn (Berlin) bringt Beiträge „Zur Röntgenuntersuchung des Kopfes" mit vier Röntgenbildern. Priv. Doz.-Levinsohn (Berlin) berichtet „Über einen Fall von einseitiger reflektorischer Pupillenstarre der rechten und einseitiger Konvergenzstarre der linken Pupille", der nach diesem Befunde als ein „Unikum" gelten kann; der Fall (eine Tabes) lehrt fast mit Sicherheit, daß die Zweiteilung des Sphinkterkernes zu Recht besteht; jedenfalls muß man zwei isolierte Sphinkterbahnen annehmen; der Verf. schließt seine Ausführungen mit den Worten: „Wir können daher mit hoher Wahrscheinlichkeit annehmen, daß eine Erkrankung des Sphinkterkernes vorliegt, die auf der einen Seite die den Lichtreiz, auf der anderen hingegen die die Konvergenz vermittelnden Zellen geschädigt hat. Wenngleich die letztere Annahme auch nur mit großer Wahrscheinlichkeit gemacht werden kann, so glaube ich durch die gemachten Ausführungen aus dem vorliegenden Falle den exakten Beweis geliefert zu haben, daß die Sphinkterbahn aus zwei Fasersystemen besteht und daß die reflektorische Pupillenstarre sowohl wie die Konvergenzstarre auf Erkrankung je eines dieser Systeme zurückzuführen ist." Muller (Meerenberg in Holland) bringt einen „Beitrag zur Lehre von der Repräsentation der willkürlichen Muskulatur im Kortex der Zentralgegend"; er ist der Ansicht, daß die Rinde der Zentralwindungen tatsächlich auch isolierte Beziehungen zu jedem einzelnen willkürlichen Muskel hat und daß der Organismus nicht mit den präformierten Kombinationen der Synergien arbeite; er bringt zwei Fälle (Paralyse und senile Demenz), bei denen er isolierte Zuckungen einzelner Muskeln beobachtet hat. Roller (Chemnitz) spricht über die Begriffe: „Hypermetamorphose und Hyperprosexie". Anker (Lichtenrade) beleuchtet „Die Stellung der leitenden Ärzte an den Privatirrenanstalten in Preußen". Der Zweck dieses Aufsatzes ist, auf die Unzuträglichkeiten hinzuweisen, die den leitenden Ärzten an Privatanstalten, deren Besitzer Laien sind, aus ihrer Stellung zu solchen Laienunternehmern erwachsen können; solche „Unternehmer" sind oft ehemalige Anstaltspflegepersonen, die ihre Kranken von einem Kommunal- oder Provinzialverband zugewiesen bekommen. Die Entlassung des Arztes steht vollkommen im Belieben solcher Anstaltsbesitzer; die vollkommene Schutzlosigkeit gegen Entlassung kann den Arzt leicht in Gewissensnöte bringen. Verf. ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

langt eine Bestimmung, daß der Unternehmer verpflichtet werde, von der beabsichtigten Entlassung des leitenden Arztes der Aufsichtsbehörde vorher Mitteilung zu machen, und daß daraufhin der Arzt zu einem direkten Bericht an den Kreisarzt aufgefordert werde; auch sollten nur langfristige Verträge geschlossen werden dürfen. Zum Schluß spricht Roller (Chemnitz) noch „Einige Worte über unser Pflegepersonal"; daß dem Pflegepersonal noch so viele Mängel anhaften, daran ist nach Roller schuld „die mangelhafte Fürsorge von seiten der Ärzte für das Personal, das mangelhafte Kümmern um dasselbe und um sein persönliches Interesse, die ganze menschliche Fürsorge für sein Wohl und Wehe". Er kenne nur eine Anstalt, in welcher Ansätze vorhanden seien zur Sozialisierung des Pflegepersonals; das sei die Bunzlauer Anstalt. Das nimmt sich nun allerdings etwas merkwürdig aus in einer Festschrift für eine andere Anstalt. Was aber der Verf. von der „Sozialisierung" in Bunzlau zu berichten weiß, ist sehr wenig; von Rechten des Personals, von Hebung der sozialen Lage desselben spricht er nicht; er sagt nur: „Für das weibliche Personal ist z. B. ein eigenes Kasino mit eigener Bibliothek vorhanden; hier finden Teeabende unter Leitung des Direktors oder der Oberin statt; hier werden gelegentlich auch Musikabende veranstaltet, alles zu dem Zwecke, das Pflegepersonal an das Haus zu fesseln, sich mehr familienhaft zu organisieren und als Familie auch zu fühlen." Am Schluß heißt es: „Was ich wünsche, ist dies: mehr Interesse für unser Pflegepersonal, mehr Eingehen auf seine Sorgen und familienhafte Organisation; auch taktvolles Nahebringen religiöser Dinge dürfte seinen Zweck kaum verfehlen, wenn dahinter eine ganze Persönlichkeit steht, die nur etwas von Begeisterung an sich selbst erfahren hat." Probst (Eglfing).

State of New York. State Commission in Lunacy Nineteenth Annual Report. Albany, Lyon Comp., 1908.

Der 19. Jahresbericht der Kommission für das Irrenwesen im Staate Neuyork ist ein stattlicher Band von 1317 Seiten geworden; er bringt im ersten Teil (399 Seiten) alle allgemeinen und zusammenfassenden Berichte; dann folgen die Jahresberichte der einzelnen Anstalten des Staates, deren Neuyork fünfzehn hat einschließlich zweier Anstalten für geisteskranke Verbrecher. Die Gesamtzahl der Kranken (inkl. 22 Privatanstalten) war 29093 (13927 Männer, 15166 Frauen); davon sind in den Staatsanstalten 28116 untergebracht, inbegriffen 1014 Kriminelle. Der Zuwachs beträgt 799 Fälle. Das Kassenwesen der Anstalten des Staates ist seit 1. X. 1906 zentralisiert. Das Fürsorgesystem für entlassene Kranke, das seit einigen Jahren eingeführt ist, wird sehr gelobt. Große Schwierigkeiten bereitet die Beschaffung ausreichenden Pflegepersonals; mehrmalige Aufbesserungen, Reduktion der Dienststunden, eigene Wohn- und Klubhäuser haben dem Mangel noch nicht abzuhelfen vermocht. Eine große Belastung der Anstalten erwächst aus den großen Einwanderermassen; die bedeutende Zunahme der Geisteskrankheiten in den unteren Klassen wird auf diesen Einwandererstrom zurückgeführt; ein Gesetz sucht nun Abhilfe zu schaffen, das alle Kranken von der Einwanderung zurückweist und alle Eingewanderten, die innerhalb der ersten drei Jahre ihres Aufenthaltes im Staate Neuyork geistig erkranken, in ihr Geburtsland abschiebt; so wurden z. B. von Oktober 1906 bis Oktober 1907 nicht weniger als 352 Ausländer (d. h. Nichtamerikaner) abgeschoben, darunter 65 Deutsche und 57 Italiener. Die Haltung des Publikums

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gegenüber den Irrenanstalten ist dauernd sehr unfreundlich, was zum größten Teil auf die Hetzereien und Entstellungen einer sensationslüsternen Presse zurückgeführt wird, welche mit einer wahren Gier nach solchen Stoffen greift und seitenlang alle möglichen Schauergeschichten veröffentlicht, die entlassene Kranke vorbringen. In dem Bericht über die Inspektionsvisiten findet sich aber der merkwürdige Passus: „Es ist Grund genug vorhanden zu der Annahme, daß eine sehr große Zahl von Geisteskranken ungesetzlich in nicht konzessionierten Instituten untergebracht ist . . . Die Angaben solcher Kranken beweisen doch manchmal, daß sie und andere illegal zurückbehalten wurden, und illustrieren so, wie notwendig die staatliche Kontrolle ist." Die Kontrolle wird durch einen einzigen Inspektor besorgt, der aber kein Arzt ist.

Die Anstaltsärztenot herrscht auch im Staate Neuyork; an fast allen Anstalten sind dauernd Vakanzen; die Zahl der Bewerber ist so gering, daß sie nicht einmal der Zahl der Vakanzen gleichkommt und eine Auswahl wie in früheren Zeiten nicht mehr möglich ist; große Gehaltserhöhungen werden nötig sein. Die Ärztekollegien der verschiedenen Staatsanstalten stehen untereinander in regem Kontakt; vierteljährlich werden Konferenzen abgehalten, die von Anstalt zu Anstalt wandern. Das eigentliche wissenschaftliche Zentrum bildet das pathologische Institut unter Leitung von Dr. Adolf Meyer; dort werden Kurse abgehalten und abkommandierte Ärzte für Laboratorien ausgebildet.

In mehreren Anstalten wurde der Versuch gemacht, weibliche Pflegepersonen auf den Männerabteilungen zu beschäftigen (als Unterstützung, nicht selbständig); die Erfolge werden als außerordentlich gerühmt und der Nachahmung empfohlen.

Die klinische Bearbeitung der aufgenommenen Fälle veröffentlicht Kirby; aus seinen Mitteilungen sei erwähnt, daß die Fälle von Dementia praecox mit plötzlichem Beginn mehr und mehr zusammenschrumpfen, je genauer die Anamnese ist; von 18 angeführten Fällen hatten nur zwei akuten Beginn. Nach Kirby spielen bei der Entstehung der Dementia praecox seelische Ursachen mit, besonders sexuelle Komplexe.

Dr. Meyer veröffentlicht 101 Sektionsbefunde, nach den pathologisch-anatomischen Diagnosen geordnet.

Die Sitzungsberichte über die Vierteljahrskonferenzen sind ungemein ausführlich; sie geben wörtlich, in direkter Rede, auch die unbedeutendsten und nebensächlichsten Äußerungen der Teilnehmer an, so z. B. die Worte, mit denen der Vorsitzende die Konferenz eröffnet, sein Ersuchen um den jeweiligen Vortrag, alle Fragen, Zwischenreden; sogar die gewöhnlichen Höflichkeitsfloskeln werden nicht vergessen. Aus dem Inhalte dieser Berichte sei folgendes erwähnt: Dr. Meyer äußerte, er sei nicht für die Art der Münchener Klinik, die in bestimmter Folge ihre Ärzte für eine bestimmte Zeit vom Abteilungsdienst befreie, sondern halte es für zweckmäßiger, von Fall zu Fall, wenn etwas dabei herausschaue, ein solches Arrangement des wissenschaftlichen Urlaubes zu treffen. Mabon (Direktor der Anstalt Manhattan) berichtete über vorzügliche Erfolge mit der Freiluftbehandlung der Geisteskranken. In der Anstalt Kings Park wurden mit einer Nähschule für die kranken Frauen sehr gute Resultate erzielt. Eine Entlohnung der Kranken mit Geld für ihre Arbeit in den Anstalten wurde für verkehrt, ja für direkt schädlich gehalten, da bald alle nur noch gegen Bezahlung arbeiten wollten und so für viele die Arbeit als therapeutisches Mittel wegfalle.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Aufnahmestatistik bringt ein sehr auffallendes Ergebnis: aus den ländlichen Bezirken kamen auf 10000 Einwohner nur 5,5 Kranke, aus den großen Städten 8,06, aus den kleinen Städten und Marktflecken jedoch 10,2; ein Grund für diese merkwürdige Erscheinung hat sich noch nicht gefunden. Die Aufnahmezahl der Geisteskranken steigt rascher an als die Bevölkerungsziffer des Staates.

Bemerkenswert ist, daß in den Anstaltsstatistiken bei den Ursachen der Geisteskrankheiten eine Rubrik von „moralischen Ursachen" steht, wozu traurige Erlebnisse, Überarbeitung, religiöse Erregung, Liebesgram usw. gehören; unter den physischen Ursachen steht auch die Masturbation; einzelne dieser Ursachen weisen recht ansehnliche Zahlen auf. Probst (Eglfing).

Antonini: Alienati e Manicomi del Friuli nel 1908. Udine, Tipografia Cooperativa, 1908.

Im April 1908 waren vier Jahre vergangen, seit die Kreisirrenanstalt für Friaul in Udine eröffnet worden war. Die vorliegende Arbeit des Direktors der Anstalt gibt im Zusammenhang mit dem Jahresbericht zugleich eine Übersicht über die Gesamtentwicklung der Anstalt in diesen vier Jahren. Die Anstalt zerfällt in eine zentrale (Udine) und in fünf Kolonien (Ribis, Sottoselva, Gemona, Sacile, S. Daniele); in den Kolonien (Succursali) sind die ruhigen chronischen Fälle sowie eine Kinderabteilung untergebracht. Die Krankenzahl ist im letzten Jahre von 1006 auf 1045 gestiegen. Die Zahl der Ärzte beträgt, mit Einschluß des Direktors, fünf, sowie zwei Praktikanten; zwei Ärzte sind Primärärzte; der ältere von ihnen hat den Titel Direktor-Stellvertreter (vice-direttore). Seit Bestehen der Anstalt sind schon zwei Primärärzte als Direktoren abgegangen. Die Sterblichkeit betrug bei dem Gesamtkrankenbestand 9,1 % (8 % in der Zentrale, 10,5 % in den Nebenanstalten); diese niedere Ziffer erklärt sich allerdings auch teilweise aus der Tatsache, daß manche moribunden Kranken von den Angehörigen in Familienpflege gegeben werden, damit der Tod nicht in der Irrenanstalt erfolge; bemerkenswert ist, daß unter den Todesursachen kein Fall von Tuberkulose noch sonst einer Infektionskrankheit verzeichnet ist. Die Aufnahmeziffern ergeben, daß die Pellagra stetig abnimmt; Geistesstörungen infolge Pellagra wurden aufgenommen 1904:66, 1905:56, 1906:35, 1907 nur noch 25! Dagegen nehmen die alkoholischen Geistesstörungen zu (von 42 [1906] auf 51); ein großer Teil dieser Zunahme trifft auf Eingewanderte aus dem Süden. Eine stetige Zunahme zeigen die Epileptiker. Eine Besonderheit der Anstalt ist das Fehlen der Umschließungsmauern; mit Ausnahme der Verbrecherabteilung sind alle Abschlüsse, auch der periphere Abschluß der Anstalt, durch Draht gebildet, damit der Kranke nach allen Seiten freien Ausblick ins Land hat. Die Zellen sind abgeschafft und durch Separationszimmer (camere di separazione individuale) ersetzt. Die Verbrecherabteilung hat zwölf Insassen mit vier Pflegern; auch diesen Kranken ist in einem eigenen Hofe Gelegenheit zu agrikoler Beschäftigung gegeben. Probst (Eglfing).

Jahresbericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache zu Langenhagen (1. IV. 1907 bis 31. III. 1908). Hannover, Carl Riebe.

Der Krankenbestand ist von 748 auf 767 gestiegen; ein großer Neubau für 104 männliche Pfleglinge mit einem Lazarettanbau wurde errichtet. Der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ärztewechsel war ein sehr großer (Oberarzt Dr. Tantzen gestorben, Dr. Vogt nach Frankfurt ans Senckenberg'sche Institut); zwei, zeitweise drei Arztstellen sind schon jahrelang unbesetzt. Sehr erheblich war der Wechsel im Wartepersonal, was zum großen Teil mit den ungenügenden Löhnen in Zusammenhang gebracht wird; von 86 Wärterinnen traten 64 ein, während 62 ausschieden, von 30 Wärtern gingen 19 zu, 20 ab; der Ersatz ist andauernd sehr schwierig. Probst (Eglfing).

Koller: Die Fürsorge für die Geisteskranken im Kanton Appenzell a. Rh. und die kantonale Irrenanstalt in Herisau. Separatabdruck aus der „Zeitschrift für schweizerische Statistik", 44. Jahrgang.

Im Spätjahr 1908 wurde die kantonale Irrenanstalt Herisau eröffnet; viele werden sich wohl sogleich ein Bild von dieser Anstalt machen können, wenn sie sich an die „Eingabe an den Kantonsrat von Appenzell" erinnern, welche Direktor Koller im J. 1906 an Anstalten und Kliniken verschickte; diese Eingabe enthielt (neben dem notwendigsten Text) auf 32 mustergültigen Blättern eine erschöpfende Darstellung des Bauplanes. Die Anstalt liegt eine viertel Stunde westlich vom Dorf Herisau auf einem hügeligen, aussichtsreichen Gelände von 18,6 ha Grundfläche; die Zahl der Gebäude beträgt zwölf, wozu noch vier ältere Bauernhäuser kommen, welche als Wohnungen für Angestellte Verwendung finden. Die Anstalt ist für einen Normalbestand von 250 Patienten berechnet und kommt mit Einschluß des Bodens und Mobiliars auf rund 2 Mill. Franks. — Eine eigentliche Irrenfürsorge besteht im Kanton Appenzell erst seit 1877, in welchem Jahre auf Anregung eines Pfarrers der appenzellische Hilfsverein für arme Geisteskranke gegründet wurde; 1882 errichtete dieser Verein einen Baufond für eine Anstalt; 1890 erhielt der Verein zum ersten Male auch eine staatliche Subvention; seit 1890 wurde von der Regierung ein bestimmter Teil des Erträgnisses aus dem Alkoholmonopol für Irrenzwecke kapitalisiert, wodurch der Anfang zu einem kantonalen Fond für Anstaltsbau gelegt war. Ende 1892 wurde der Hilfsverein „gleichsam als kantonale Instanz für Versorgung armgenössischer Patienten aufgestellt". Im Verlaufe eines viertel Jahrhunderts hat das Appenzeller Volk für den Bau der Anstalt Herisau, des bis jetzt größten öffentlichen Werkes des Landes, 1800000 Franks zusammengelegt. — Von 6 Patienten im J. 1878/79 stieg die Zahl der Aufnahmen auf 37 im J. 1906 (Entlassungen von 4 auf 28); der Bestand am Ende des zweiten Vereinsjahres betrug 2, am Ende des Jahres 1907 90 Patienten; die Gesamtzahl ist von 6 (1878/79) auf 112 (1907) gestiegen; gleichzeitig hat sich die Zahl der Verpflegungstage mehr als verfünffacht, nach Koller ein klarer Hinweis auf die Zunahme der chronischen, unheilbaren Fälle. Mit Einschluß der Idioten kamen (nach der kantonalen Irrenzählung 1893) auf 55000 Einwohner 518 Geisteskranke, von welchen 135—150 als anstaltsbedürftig berechnet wurden. Probst (Eglfing).

Fourth Annual Report of the Henry Phipps Institute. Phipps Institute, Philadelphia 1908.

Das Henry-Phipps-Institut in Philadelphia für Studium, Behandlung und Verhütung der Tuberkulose bringt seinen vierten Jahresbericht; es ist ein umfangreiches Werk von 430 Seiten und bringt neben dem Anstaltsbericht 14 Originalarbeiten aus dem Krankenmaterial, das nun an 5000 Fälle umfaßt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das neurologisch-psychiatrische Material ist von D. J. McCarthy bearbeitet; dasselbe umfaßt das pathologisch-anatomische Studium von 64 Fällen (sowohl makro- wie mikroskopisch) und das Studium der klinischen Erscheinungen von 35 Fällen. Verf. berichtet über einen Fall von akuter Leptomeningitis, der im Leben ganz von den gewöhnlichen abweichende Symptome darbot, nämlich ungleiche Pupillen, Zittern der rechten Körperhälfte und Babinskireflex; es fehlten dagegen Kopfschmerzen, Nackenstarre, Krämpfe, Bewußtseinsstörungen; erst kurz vor dem Tode trat ein terminales Delirium ein. Die mikroskopische Untersuchung ergab an der Oberfläche der Zentralwindungen beider Hemisphären ohne jede entzündliche Reaktion ganz kleine Tuberkeln, die man leicht hätte übersehen können, so daß der Fall als einer mit Bestehen von Babinskireflex ohne organische Erkrankung erschienen wäre.

Die Nachforschungen nach nervösen Erkrankungen in der Familie und den Vorfahren der Kranken haben noch zu keinen besonderen Resultaten geführt. Geisteskrankheiten in der Aszendenz konnten bei 5 von 35 Fällen konstatiert werden; bei 25 Fällen war das Resultat negativ, bei 5 war eine Vorgeschichte nicht zu erhalten. Sorgfältig wird dem Zusammenhang von Tuberkulose und geistigen Erkrankungen nachgegangen; doch sind die Resultate bis jetzt noch zu gering. Sehr häufig findet sich die Tuberkulose als Komplikation bei Dementia praecox; hier dürfte aber die Tuberkulose meist erst eine Folge der geistigen Erkrankung sein; an Dementia praecox Erkrankte zeigen fast immer verminderte Exkursion des Brustkorbs beim Atmen; nach Verf. ist es nichts Gewöhnliches, die Ausdehnung auf 1,25—0,6 cm reduziert zu finden; in manchen Fällen läßt sich sogar mit der gewöhnlichen Meßmethode gar keine Ausdehnung des Brustkorbs beim Einatmen konstatieren. In vielen Fällen von Dementia praecox ist die Schilddrüse vergrößert; es scheint daher nicht unmöglich, daß der kombinierte Einfluß der herabgesetzten Atembewegungen und der gestörten Funktion der Schilddrüse dem Entstehen der Tuberkulose in solchen Fällen Vorschub leistet. Die Untersuchungen darüber sind noch nicht abgeschlossen.

Von 31 vorgeschrittenen Fällen zeigten 16 schlechten Schlaf; 15 von 27 Fällen litten an schweren Träumen; ein Kranker versuchte alles, um den Schlaf zu verhindern wegen des schrecklichen Inhalts seiner Träume. Von 122 Fällen, die im Hospital lagen (die meisten Fälle werden ambulatorisch behandelt) zeigten 12 geistige Störungen mit fixierter Wahnbildung; meist bestanden die Symptome in Verwirrtheit, Mißtrauen, Verfolgungsideen; Fälle mit vorübergehenden halluzinatorischen Zuständen sind in dieser Zahl nicht inbegriffen. Probst (Eglfing).

Herschell: Soured Milk and Pure Cultures of Lactic Acid Bacilli in the Treatment of Disease. London, Glaisher, 1909. 1,60 M.

Verf. bringt auf 32 Seiten eine kurze Übersicht über unser gegenwärtiges Wissen von den Milchsäurefermenten; er ist ein eifriger Anhänger der Theorie, daß die meisten Krankheiten Folgen einer vom Darmkanal ausgehenden Autoinfektion sind und empfiehlt als eine Art Universalmittel die saure Milch, die bekannte Yoghourt-Milch und die Ansiedlung von Milchsäurebakterien im Darm durch Darreichung von Kulturen; unter den Krankheiten, deren Heilung durch diese Behandlung möglich wäre, nennt Verf. Neurasthenie, Arteriosklerose, Neuritis und Polyneuritis, progressive Muskelatrophie u. a. m. Probst (Eglfing).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Referate und Kritiken.

Organische Erkrankungen des Nervensystems.

Long: 1. Monoplégie crurale par lésion du lobule paracentral. 2. Lésion étendue de la région rolandique d'origine intra-utérine sans hémiplégie consécutive.

(Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. 1908, 37.)

Im ersten Fall handelt es sich um eine plötzlich aufgetretene Lähmung des linken Beins bei einem 72jährigen Mann. Tod nach 5 Jahren. Untersuchung auf Serienschnitten ergibt einen Erweichungsherd, der den rechten Lobus paracentralis einnimmt, und sich auch auf die erste Stirnwindung erstreckt. Die sekundäre Degeneration beziehungsweise die deren Weg bezeichnende Gliawucherung ist in der inneren Kapsel und von da abwärts bis zur Pyramidenkreuzung nicht nachweisbar, wohl aber im gekreuzten Pyramidenseitenstrang bis zum Lumbalmark. Bemerkenswert ist die Schwere und Irreparabilität der funktionellen Störung bei relativ geringer und umschriebener anatomischer Läsion. Die Erklärung gibt das hohe Alter des Individuums. In dieser Beziehung entgegengesetzte Verhältnisse bietet der zweite Fall dar. Hier fand sich klinisch nur eine Deformation und eine geringe Schwäche der linken Hand und des Vorderarms, keine spastischen Erscheinungen; diese Symptome bestanden seit der Jugend. Daneben Epilepsie. Tod im 47. Lebensjahr. Ausgedehnte Porenzephalie an der Außenseite der rechten Hemisphäre, die das obere Drittel der Zentralwindungen intakt läßt. Eine umschriebene Degeneration fehlt. Die vorhandenen Fasern verteilen sich gleichmäßig über das ganze Gebiet der inneren Kapsel, und auch in den tieferen Partien fehlt eine scharf umschriebene Degeneration. Aber der ganze Hirnschenkel ist links erheblich geringer entwickelt, ebenso wie die entsprechenden tieferen Abschnitte (Pons, Medulla oblongata). Das Rückenmark wurde nicht untersucht. Hier muß also bei einer kongenitalen Affektion ein weitgehender Ersatz stattgefunden haben.

Cassirer.

Schüller (Wien): Zur Diagnose des Hirntumors.

(Mediz. Klinik 1909, Nr. 23.)

Der Artikel behandelt die Fortschritte, die in der Neuzeit bezüglich der Erkennung der Hirntumoren gemacht worden sind. Die wichtigsten Symptome für das Bestehen einer Geschwulst überhaupt sind intensive Kopfschmerzen und Stauungspapille. Für die Lokaldiagnose hat man in der Beschaffenheit anderer Körperorgane bisweilen Anhaltspunkte, z. B. in der Akromegalie für das Bestehen eines Hypophysentumors, in einer besondersartigen Fettsucht für Geschwulst in der Umgebung der Hypophyse, in frühzeitiger Entwicklung der Genitalien für Teratom der Zirbeldrüse. Die Art des Tumors kann eventuell aus der Wassermann'schen Reaktion oder der Ophthalmoreaktion, aus der Beschaffenheit der Lumbalflüssigkeit oder aus dem Ergebnis der Neißer'schen Hirnpunktion gefolgert werden; in der ersten Zeit hat man aus ihnen vielfach Trugschlüsse gezogen. Die Röntgenuntersuchung ist besonders wertvoll, um destruktive Veränderungen des Schädelskeletts zu erkennen, vor allem derjenigen, die sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in der Sella turcica lokalisieren (intra- und extrasellare Hypophysentumoren, Tumoren anderer Hirnteile in der Umgebung des Türkensattels). Die fortschreitende chirurgische Technik wird die Erfolge der Tumoroperationen noch verbessern. Liebetrau (Hagen).

Mager: Vasomotorische Symptome bei Hirntumoren.

(Obersteiner's Arbeiten XVI, S. 340.)

Zwei Fälle von Tumoren in der motorischen Region; bei dem einen trat während der Krampfanfälle in der vorzugsweise befallenen linken oberen Extremität Zyanose und Herabsetzung der Temperatur und postparoxysmal ein heftiger Schweißausbruch auf, im zweiten waren die vasomotorischen Symptome in noch höherem Grade ausgeprägt, bestanden in einer Herabsetzung der Temperatur und einer distalwärts zunehmenden bläulichen Verfärbung der paretischen Extremität; daneben bestand allgemeine Dermographie. Cassirer.

Thielen: Beitrag zur Kenntnis der sog. Gliastifte. Neuroepithelioma gliomatosum microcysticum medullae spinalis.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXV, H. 5 u. 6.)

Es handelte sich um ein ausgedehntes Gliom des Rückenmarkes, das sich vom Zervikalmark bis zur Lendenanschwellung, fast das ganze Rückenmark zerstörend, herabzog. Verfasser nimmt eine Entstehung aus dem Ependym des Zentralkanals an. Kalberlah.

W. G. Spiller: Tumour malformations of the central nervous system.

(Rev. of Neurol. and Psychiatry, Bd. VI, Nr. 12, 1908.)

Kasuistische Mitteilungen über einen angeborenen Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels und über einen solchen der Sakralgegend. Abraham.

v. Criegern: Zur Behandlung der Spätkontrakturen der Hemiplegiker.

(Fortschritte der Medizin, 1909, Nr. 1.)

Die bekannte Erscheinung, daß die posthemiplegische Spätkontraktur einer Extremität nach Anlegen der Esmarch'schen Binde schwindet, hat den Verf. dazu geführt, die künstliche Anämie zur Behandlung der genannten Kontrakturen auszunutzen. Er läßt seine Kranken nach Anlage der Binde oder auch nur bei hochgehobener Extremität einfach Bewegungsübungen ausführen. Wichtig ist es, den Kranken auch außerhalb der Übungsstunden an möglichst häufiges Hochlagern der Extremität zu gewöhnen. Auf diese Weise hat er leidliche Besserungen selbst in veralteten Fällen erreicht.

Die Methode verdient bei ihrer Einfachheit umfassender Nachprüfung.

Kutner (Breslau).

Bonvicini und Poetzl: Einiges über reine Wortblindheit.

(Obersteiner's Arbeiten, XV, S. 522.)

Die Autoren hatten Gelegenheit, einen Fall von reiner Wortblindheit klinisch und anatomisch zu untersuchen. Patient konnte nur seinen Namen lesen, sonst kein einziges Wort, dagegen alle Buchstaben, mit Ausnahme der seltensten, zwei- und dreistellige Zahlen konnte er lesen. Schreibfähigkeit erhalten. Kopieren erfolgt so, daß der Kranke Buchstaben für Buchstaben nachschreibt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es bestand rechtsseitige Hemianopsie. Anatomisch fanden sich zwei sehr kleine gelbe Erweichungen im Gebiet der innern Fläche des linken Okzipitallappens, eine unterhalb des Sulcus lobuli lingualis, die einen großen Teil der Rinde und des Marks des Lob. lingual. sup. bis zur Ventrikelwand zerstört hat und den ventralen und teilweise auch den innern Teil der Stabkranzfaserung des Okzipitallappens zerstört hat. Die dorsale kleinere Erweichung lag im Sulcus cunei, hat einen geringen Teil der kunealen Lippe der Kalkarina zerstört und ist nach vorn bis zum Forceps maior vorgedrungen. Die genauere Beschreibung des wichtigen Falles soll später erfolgen. Cassirer.

Arthur Schwarz: Beiträge zur Lehre der Amusie (musikalische Aphasie).

(Festschrift anläßlich des 25jährigen Bestandes der Budapester Poliklinik. Ungarisch.)

Die interessante Beobachtung bezieht sich auf einen an Aorteninsuffizienz und ausgebreiteter Arteriosklerose leidenden 70jährigen hochintelligenten Richter, welcher ein großer Musikfreund war, und die klassische Musik teils ausführend betrieb (Klavier, Harmonium), teils darin ein großes Vergnügen fand, daß er die Noten, gleich einem Buche, las und dabei die Melodien leise vor sich hinsummte, oder aber sich dieselben bloß im Geiste vorstellte; seine Musikspiele pflegte er gewöhnlich mit Gesang zu begleiten. Patient erlitt eine linksseitige Hemiplegie, die Schwäche des Beines verlor sich bald, doch blieb eine paretische Kontraktur des Armes bestehen. Sonst keinerlei Ausfälle, auch auf geistigem Gebiete nicht, nachweisbar. Als Patient wieder zu seiner musikalischen Lieblingsbeschäftigung zurückkehrte, vermochte er mit der rechten Hand korrekt zu spielen und konnte auch mitsingen, aber er war unfähig, bloß gelesene Noten zu verstehen resp. sich die Melodien im Geiste vorzustellen. Dieser Defekt blieb bestehen. Verf. nimmt an, daß beim Patienten die Leitung vom optischen Zentrum zum motorischen Gesangszentrum unversehrt war, daß aber die „suppléance fonctionelle“ der linken Hand, welche die auf genanntem Wege ablaufenden Reize gewohnheitsgemäß begleitete, fehlte. Es scheint, daß bei musikalisch wenig begabten Menschen das Stimmzentrum durch Notenlesen allein nicht gereizt werden kann; hierzu gehört noch ein Impuls, nämlich die mit dem Erblicken der Noten verbundenen motorischen Vorstellungen. Beim Kranken entfiel aber gerade dieser Impuls durch die Lähmung der linken Hand, und erblickt Verf. hierin jene Störung, welche den Kranken beim „Lesen“ der Noten störte. Epstein (Nagyszeben).

Koloman Keller: Eine eigenartige Form von Tabes.

(Szemészeti lapok, 1908, Nr. 3—4. Beilage der „Budapesti orvosi ujság“. Ungarisch.)

Im Falle K.'s handelt es sich um einen 38jährigen Schlosser, welcher in der Jugend vom dritten Stocke in den Schnee fiel, ohne Schaden zu erleiden; vor 12 Jahren Schlag auf den Kopf, ein Jahr hindurch Kopfschmerz und Schwindel. Vor 10 Jahren angeblich Lues; starker Alkoholgenuß. Pupillen eng, lichtstarr, reagieren auch nicht auf Akkomodation. Beiderseits Sehnervenatrophie. Beiderseits Ptosis. Gaumenparese rechts. Gaumenreflex kaum auslösbar. Sprache nasal. Geringe Parese rechts. Sämtliche Reflexe lebhaft, doch fehlende Kniereflexe. Achillessehnenreflex lebhaft, keine Ataxie. Geschmacks-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

empfindung rechts etwas vermindert. Sensibilität normal. Sonst ohne Beschwerden. Verf. nimmt atypische Tabes (Tabes cerebralis oder T. inferior) an.
Epstein (Nagyszeben).

G. J. Müller (Berlin): Zur Behandlung der Tabes dorsalis.
(Mediz. Klinik 1904, Nr. 21.)

Müller behandelte 11 Tabiker mit Thiosinamin (10,0 mit Glyzerin aa, Natr. salicyl. 20,0 auf Aq. dest. 80,0). Er injizierte von der Lösung je 1 ccm (= 0,1 Th.) mit Intervallen von zwei Tagen in die Nates intramuskulär. Nach einer Reihe von Injektionen (40 im Mittel) sah er sehr gute Erfolge, indem die lanzinierenden Schmerzen und Krisen teils erheblich vermindert, teils gänzlich beseitigt wurden und die Harnentleerung erheblich erleichtert wurde. Die Ataxie erschien nur bisweilen beeinflußt, die objektiven Merkmale der Tabes schwanden nicht. Die Wirkung des Mittels beruht eventuell auf Beeinflussung der meningitischen Veränderungen. Liebetrau (Hagen i. W.).

Max Weiß: Der therapeutische Wert des Koryfin bei den tabischen gastrischen Krisen.
(Budapesti orvosi ujság, 1908, Nr. 52. Ungarisch.)

Im Anschlusse an die Erfahrungen Graeffner's hat Verf. das Koryfin bei den gastrischen Krisen bei Tabes mit recht gutem Erfolge angewendet; Dosis: 6—8, ev. auch 10—12 Tropfen auf etwas Zucker genommen; bei der Mehrzahl der Kranken genügte einmalige Dosis, bei anderen war der Erfolg innerhalb 24 Stunden, oder nach 24 Stunden auffallend. Nur in einem von 17 Krisenanfällen versagte das Mittel. Epstein (Nagyszeben).

C. Hudovernig: Therapeutische Versuche mit Enesol bei Tabes und Paralyse.
(Elme-és idegkórtan 1908, Nr. 3—4. Ungarisch.)

Verfasser berichtet über therapeutische Versuche, welche er mit Enesol (salizylarsensaures Quecksilber) bei 11 an Tabes resp. progressiver Paralyse leidenden Kranken durchgeführt hat. Die Anwendung geschah in Form intramuskulärer Injektionen; pro Injektion 2 ccm (= 0,06 g) Enesol. Durchschnittlich 10—30 Injektionen, jeden zweiten bis dritten Tag eine. In drei Fällen wurde auffallende Besserung, in einem vollkommenes Schwinden der objektiven Symptome erreicht; Verf. läßt die Frage offen, ob es sich in diesen drei Fällen um beginnende Tabes oder um Lues cerebrospinalis handelte, die klinischen Erscheinungen und subjektiven Klagen waren jedenfalls typisch für Tabes; im erwähnten geheilten Falle verschwand die Lichtstarrheit der Pupillen, und sogar fehlende Reflexe traten wieder auf. In den anderen Fällen erfolgte bloß auffallende Besserung der objektiven Erscheinungen, während vorgeschrittene Fälle von Tabes oder Paralyse nicht beeinflußt wurden. — Ein ganz auffallend günstiger Einfluß zeigt sich auf die lanzinierenden Schmerzen, an welchen acht von den elf Kranken litten: in fünf Fällen hörten die Schmerzen gänzlich auf, in je einem Falle Besserung, keine Veränderung resp. nach anfänglicher Besserung Verschlimmerung der Schmerzen. Bei sieben Kranken mit Blasenbeschwerden ergab sich in vier Fällen Besserung resp. Heilung. Im Resümee empfiehlt der Verf. die Enesoltherapie als ziemlich unschädlich, welche dabei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wenigstens die quälenden subjektiven Erscheinungen in vielen Fällen zu lindern imstande ist. Nur in zwei Fällen hat Verf. Nebenerscheinungen bemerkt: Stomatitis. Epstein (Nagyszeben).

H. Determann: Die Hydrotherapie der Tabes dorsalis.

(Monatsschr. f. physik.-diätet. Heilmethoden 1909, Bd. I, S. 202—209.)

Unter den verschiedenen Behandlungsarten der Frühform der Tabes nehmen Hydrotherapie und Bäder die erste Rolle ein. Verf. teilt in dieser Hinsicht seine Erfahrungen mit, die er an einem umfangreichen Material des Sanatoriums St. Blasien machen konnte. Von den „indifferenten" Soolbädern (nach Munter's Vorschrift) sah er gelegentlich wohl günstigen Einfluß, auch von 2—3 prozentigen, oft aber blieb derselbe auch ganz aus. Meist ermüdeten diese Bäder mehr. Dagegen sah er recht gute Erfolge von künstlichen Kohlensäurebädern (33—30° C, 10—12, höchstens 15 Minuten Dauer, alle zwei Tage), ev. mit Soolezusatz. Dagegen wandte D. warme Bäder (34—36° C, bis 10 Minuten Dauer) mit leicht reizenden Zusätzen (Fichtennadelextrakt) nur bei Zuständen großer Erschöpfung (Schmerzen, Krisen, schwere Reizsymptome) an; auf die Dauer aber beeinflußten sie den Krankheitsprozeß ungünstig. Im allgemeinen muß für Wasseranwendung der Grundsatz gelten, daß jeder intensive Reiz zu verwerfen ist. Heiße Bäder sind direkt schädlich, ebenso kalte; auch Abreibungen, Einpackungen, Duschen (ausgenommen sanft rieselnde Regenduschen) sind lieber zu vermeiden. D. empfiehlt anfänglich Teilwaschungen (27—23° C), des Morgens im Bett vorgenommen; wenn die Kranken hierauf gut reagieren, Ganzwaschungen (29—25° C), sodann erst Halbbäder (32—26° C, von 2 bis 3 Minuten Dauer), nur einmal täglich angewendet, wobei der thermische Reiz durch Kohlensäurezusatz erhöht wird. Am besten werden diese Halbbäder mit einem kleinen Spaziergang vor und nach dem Bade verbunden. Zur Förderung der Reaktion empfiehlt sich ein trocknes Frottieren nach dem Bade oder ein längerer Aufenthalt in erwärmten wollenen Decken vor demselben.

Neben dieser Allgemeinbehandlung müssen auch die einzelnen Symptome behandelt werden. Bei lanzinierenden Schmerzen ist lokale Wärme (sanft rieselnde Regenduschen von 38—32° C über das schmerzhafte Glied, warme Umschläge, heiße Abwaschungen, Dampfkompressen, ev. heiße Lokalbäder, heiße Moor- und Fangopackungen, heiße Kataplasmen, auch trockne Hitze, wie Luftduschen, Thermophore, elektrische Teilbäder) anzuwenden. Bei Magenkrisen empfehlen sich heiße Umschläge auf die Magengegend, Moor- und Fangoumschläge, ein heißer, über eine Kompresse angebrachter Magenschlauch in einer allgemeinen kühlen Packung von 26—23° C, letzterer ein hervorragendes Mittel; nur in dieser Form darf die Einpackung angewendet werden. Von heißen Magenausspülungen sah D. gegentlich einen eklatanten Nutzen. Bei Blasen-, Klitoris- und Hodenkrisen bewähren sich langdauernde Sitzbäder von 40—34° C mit einschleichendem Wärmereiz von $^1/_2$—$1\,^1/_2$ Stunde Dauer. Bei Schwäche der Blasenmuskulatur können kühle Abwaschungen der Unterbauch- und Genitalgegend manchmal Nutzen stiften. Buschan (Stettin).

Boldt (Graudenz): Rückenmarkserkrankung und perniziöse Anämie.

(Mediz. Klinik, 1909, Nr. 19.)

Der 40jährige Patient litt jahrelang an „Neurasthenie"; auffallend war immer Fehlen beider Patellarreflexe. Später zunehmende Schwäche der Beine,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Babinski, schließlich Exitus. Erst in den letzten Monaten wurde eine perniziöse Anämie konstatiert, trotzdem auch schon vorher daraufhin untersucht wurde. Daher wird das Nervenleiden nicht als Folge der Bluterkrankung angesehen, sondern beide werden aus einer gemeinsamen Ursache (Stoffwechselerkrankung, Autointoxikation) erklärt. Liebetrau (Hagen i. W.).

Flatau: Klinischer Beitrag zur Kenntnis der hereditären Ataxie (Friedreich'schen Krankheit).

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXV, H. 5 u. 6.)

Mitteilung von zwei Fällen Friedreich'scher Ataxie, die nichts wesentlich Neues bringt. Kalberlah.

Flatau und Zylberlast: Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Rückenmarkstumoren.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXV, Heft 3 u. 4.)

Mitteilung eines Falles von extraduralem Sarkom in der Höhe des achten Zervikal- und ersten Dorsalsegmentes, das intra vitam richtig diagnostiziert und durch eine Operation mit Erfolg entfernt wurde. Die Verfasser vertreten den auch von Krause geteilten Standpunkt, daß man einzeitig operieren müsse. Wichtig erscheint mir auch der nachdrückliche Hinweis darauf, die Kranken in die Trendelenburg'sche Hochlagerung zu bringen, bevor man den Duralsack öffnet. Kalberlah.

Joerdens (Jena): Über eine seltene Kombination von Syringomyelie mit Cutis laxa und Hyperplexibilität.

(Mediz. Klinik 1909, Nr. 23.)

Ein 21jähriger Mann mit Sensibilitätsstörungen, die auf eine Syringomyelie zu beziehen sind, zeigt neben abnormer Beweglichkeit der Finger in den Metakarpophalangealgelenken eine sehr starke Dehnbarkeit und Faltbarkeit der Haut, die an den Oberextremitäten bei normaler Temperatur zyanotisch ist und insgesamt sich eigentümlich sammetartig anfühlt. Die Erscheinungen werden auf kongenitale Hydromyelie zurückgeführt. Liebetrau (Hagen i. W.).

Ernst Frey: Beiträge zur Symptomatologie der Syringomyelie.

(Festschrift anläßlich des 25jährigen Bestandes der Budapester Poliklinik, 1908. Ungarisch.)

Verfasser gibt in seiner fleißigen Arbeit über die Symptomatologie der Syringomyelie die genaue Beschreibung von 10 Fällen. Er teilt dieselben in drei Haupttypen ein: als erste ist die Syringomyelie und Syringobulbie zu bezeichnen, wohin Fall 1 gehört; als das interessanteste Symptom derselben möchte er die Sehnervenatrophie bezeichnen, deren Ursache er in eventueller Lues nachweist. Als zweite Haupttype will er jene bezeichnen, wo der syringomyelitische Prozeß neben den Sensibilitätsstörungen nur eine Aran-Duchenne-artige Muskelatrophie verursacht. Zur dritten Hauptgruppe zählt er jene Fälle, wo der Muskelschwund einen humero-skapularen Typus zeigt. Nach einer Kritik der Fälle kommt Verf. zu folgenden Folgerungen: die Gesichtsfelder für weiß, rot und blau sind ganz intakt, und nur jene für grün zeigen eine konzentrische Einengung; diese Veränderung ist ein sehr häufiges Symptom. Die Pupillendifferenz scheint mit der Veränderung des spino-ziliaren Zentrums in Verbindung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu stehen. Die Ursache des thorax en bateau scheint in der trophischen Störung der Rumpfmuskulatur zu liegen. Die Teilnahme der Pyramidenbahnen ist eine sehr große Seltenheit. Die Sensibilitätsstörungen sind gewöhnlich von segmentärem Typus, und nur selten von zerebralem Typus. Die Sensibilitätsstörungen sind ein Kardinalsymptom, und am meisten lädiert ist der Temperatursinn. Die syringomyelitische Erkrankung des lumbo-sakralen Markes ist eine große Seltenheit. Epstein (Nagyszeben).

Winkler und Jochmann: Zur Kenntnis der traumatischen Rückenaffektionen (Hämatomyelie, Myelorhexis).

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXV, Heft 3 u. 4.)

Sehr ausführliche Mitteilung des klinischen und anatomischen Befundes bei zwei zur Sektion gekommenen Fällen von Verletzung des Rückenmarks bei intakt gebliebener Wirbelsäule. Kalberlah.

Lasarew: Zur pathologischen Anatomie der gliösen Syringomyelie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXV, Heft 5 u. 6.)

Die Untersuchung eines Falles von Syringomyelie ließ den pathologisch-anatomischen Prozeß analog der besonders neuerdings vielfach (im Gegensatz zu der Schultze-Hoffmann'schen resp. Virchow-Leyden'schen Ansicht) vertretenen Annahme von der entzündlichen Natur dieser Erkrankung als eine chronische Meningomyelitis erkennen (Entzündungserscheinungen in der weichen Hülle, Gefäßveränderungen, reichliche Entwicklung von Bindegewebe usw.). Das Anfangsstadium der Höhlenbildung bilden die an mehreren Stellen festgestellten Spalten. Die Erweiterung des Zentralkanals ist nicht kongenitalen Ursprungs (Hydromyelie), sondern erscheint als das Resultat der Drucksteigerung in den mit dem Zentralkanal in Verbindung stehenden Höhlen infolge von Transsudation und Exsudation. Kalberlah.

Wallbaum: Über multiple Sklerose nach psychischem Chok.

(Deutsche medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 50.)

Der Verfasser teilt drei Krankheitsfälle mit, bei denen sich das Leiden im Anschluß an Unfälle mit Schreckwirkung entwickelt hat, nach Annahme des Verfasser durch Vermittlung des Gefäßsystems. Bei Fall 2 und 3 ist aus der Mitteilung freilich nicht mit Sicherheit zu ersehen, ob wirklich multiple Sklerose vorliegt. Müller (Dösen).

Hatschek: Ein klinischer Beitrag zur Kenntnis der Bulbärapoplexien.

(Jahrbücher f. Psych. u. Neurol., Bd. XXIX, 2/3.)

Fall von Bulbärapoplexie, bei welchem nach anfänglicher linksseitiger Lähmung und Schluckstörung, welche nach einigen Tagen verschwunden waren, nur zurückblieben linksseitige Analgesie und Störung der Temperaturempfindung, die für Kälte ganz aufgehoben, für Wärme herabgesetzt war. Alle übrigen sensiblen Qualitäten und die Motilität waren intakt. Die Hautreflexe waren links schwächer, die Sehnenreflexe gesteigert. Außerdem bestand eine sensible Lähmung im rechten Trigeminus, und zwar am stärksten, bis zu völliger Anästhesie, im oberen Ast, schwächer, nach unten abnehmend, in den beiden unterer. Von Sympathikussymptomen waren vorhanden Pupillenverengerung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

leichte Ptosis und etwas Exophthalmus rechts. Es wird ein ganz kleiner Herd seitlich vom Nucl. ambiguus angenommen, der die spinale Trigeminuswurzel und das anliegende Korngebiet z. T., und die ventral gelegenen Tract. spinotectales et thalamus betroffen hat.

Bemerkenswert ist, daß Kälte links als Wärme empfunden wurde. Der Fall spricht nach Verf. dafür, daß die Schmerz- und Temperatursinn leitenden Fasern im gekreuzten Tract. spinotect. et thalam. verlaufen, und zwar die für Kälte ausschließlich im gekreuzten, weil sich hier diese Störung gar nicht zurückgebildet hat. Chotzen.

Edmund Biró: Mit Bulbärparalyse verbundene beiderseitige Ophthalmoplegie und Atrophia nervi optici.

(Szemészeti lapok, 1908, Nr. 3—4. Beilage der Budapesti orvosi ujság. Ungarisch.)

Es handelt sich um einen 31jährigen Mann, dessen Mutter geisteskrank war; keine Anzeichen für Lues; seit zwei Jahren Husten mit blutigem Auswurf. Seit $1^1/_2$ Jahren zunehmende Schwäche, Doppelsehen mit Sehschwäche. Regurgitation der Flüssigkeiten. Folgende Symptome nachweisbar: Lungentuberkulose; positive Wassermann'sche Reaktion; beiderseits Atrophia nervi optici; vollkommene Okulomotoriuslähmung rechts; Parese des linken Rectus med.; Argyll-Robertson links; Parese des rechten Hypoglossus; Glossopharyngeuslähmung; Affektion des Vagus (Tachykardie, Stimmbandlähmung); fehlende Kniephänomene; Ataxie, Harnbeschwerden. In der Differentialdiagnose gelangt Verf. zu dem Schlusse, daß es sich wahrscheinlich um eine zervikale Tabes handeln dürfte. Epstein (Nagyszeben).

Karl Kétly: Paralysis pseudobulbaris et Paralysis bulbaris acuta.

(Orvosi hetilap 1908, Nr. 50. Ungarisch.)

Verfasser beschreibt folgende zwei Fälle von Bulbärparalyse: 1. Paralysis pseudobulbaris. 32jähriger Setzer, nicht belastet, mäßiger Alkoholgenuß; keine Bleivergiftung. 1906 vorübergehende Parese rechts. Im selben Jahre Hemiplegie links, Dauer bis zu gänzlicher Restitution 18 Monate. September 1908 plötzliches Ausbleiben der Stimme und Schlingbeschwerden, doch vermochte Patient allein nach Hause zu gehen, keine Bewußtlosigkeit. Hypertrophie des linken Herzens, mäßige Rigidität der Blutgefäße. Pulsdruck = 50 mm. Im Urin etwas Eiweiß und körnige Zylinder. Untere Fazialisäste, Hypoglossus, motorischer Trigeminus beiderseits gelähmt, ferner Vagus-Akzessoriuslähmung. Augenbefund normal, ebenso Motilität der Extremitäten. Patellarreflex rechts gesteigert, ebenda Klonus und Babinski. Elektrische Erregbarkeit normal. Zwangslachen, welches auch im späteren Stadium der Besserung bestand. Unter Anwendung steigender Strychnininjektionen bereits nach einigen Tagen Besserung, zuerst in der Zunge, dann in den Schlingmuskeln. Wassermann negativ. Nach vier Wochen Entlassung, bloß etwas erschwerte Sprache. Verf. supponiert einen supranukleären Herd, Blutung oder Embolie. 2. Paralysis bulbaris acuta. 36jähriger Maschinist, nicht belastet, s. Z. behandelte Lues. Erkrankung August 1908; anfänglich erschwerte Sprache, Fazialislähmung rechts, beiderseitige Taubheit; während zwei Wochen Doppelsehen, keine Bewußtseinsstörung. Vorhergehend während drei Wochen okzipitale Kopfschmerzen. Restitution der Taubheit nach Tagen. In den ersten Wochen der Krankheit bestand angeblich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Parese des rechten Armes und Thermoanästhesie des linken Beines. Befund: Vollkommene Fazialislähmung rechts, ebenda Lagophthalmus. Augen ohne Befund. Parese des Abduzens rechts. Kornea rechts anästhetisch mit fehlendem Reflex. Beim Sehen nach rechts Nystagmus rotatorius. Gehör links vermindert, rechts aufgehoben. Bei Fußschluß Schwindel nach links. Am rechten vorderen Dritteile der Zunge fehlende Geschmacks-, normale Tastempfindung. Innere Organe normal. Im Gebiete des ersten und zweiten rechten Trigeminusastes Thermoanästhesie und Hypalgesie; Thermoanästhesie und Analgesie am linken Beine vorn bis zum Nabel, hinten bis zum zweiten Lumbalwirbel reichend. Im Gebiete des rechten Fazialis EAR. ohne Atrophie. Plantarreflex links vermindert, ebenda fehlender Kremasterreflex. Diagnose: Blutung, Embolie oder Poliomyelenzephalitis auf luetischer Basis, am Boden der Rautengrube. Da Wassermann positiv, antiluetische Behandlung. Epstein (Nagyszeben).

Weinstein: Über Schiefhals nach Entfernung der Wucherungen des Nasenrachenraumes.

(Mediz. Klinik 1909, Nr. 19.)

Bisweilen wird nach Entfernung adenoider Wucherungen Tortikollis beobachtet, der nach wenigen Tagen ohne besondere Therapie wieder schwindet. Er wird verschieden erklärt: durch entzündliche Vorgänge in den Lymphdrüsen auf dem Rectus capitis, ausgelöst durch Infektion vom Operationsfeld, Verletzung der Sympathikusfasern im Nasenrachenraume u. a. m.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Fuchs: Okulomotoriuslähmung ohne Beteiligung der Binnenmuskeln bei peripheren Läsionen.

(Obersteiner's Arbeiten, XV, 1.)

Fuchs stellt aus der Literatur die Fälle von peripherer Okulomotoriuslähmung ohne Beteiligung der Binnenmuskeln zusammen; es sind sechs mit Obduktionsbefund und zwölf klinisch beobachtete; dazu kommen fünf eigene. Ätiologisch handelte es sich um sehr verschiedene Dinge: Verletzungen, Entzündungen, einfache Atrophie und Atrophie durch Druck. Eine doppelseitige äußere Ophthalmoplegie peripherer Genese fand sich nur in dem anatomisch sicher gestellten Fall von Damron und Meyer, klinisch sind solche Fälle kaum zu diagnostizieren. Fuchs selbst berichtet von einem derartigen Fall eigener Beobachtung, den ich aber keineswegs als sicher peripher bedingt deuten möchte. Die geringere „Vulnerabilität" soll die Ursache des Verschontbleibens der inneren Augenmuskeln sein. Cassirer.

Finkelnburg: Anatomischer Befund bei progressiver Muskeldystrophie in den ersten Lebensjahren.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXV, Heft 5 u. 6.)

Verfasser konnte ein 21 Monate altes Kind mit progressiver Muskeldystrophie untersuchen. Das Nervensystem ließ keine krankhaften Veränderungen erkennen, dagegen fand sich in den Muskeln der bekannte, für Dystrophie charakteristische Befund. In einzelnen Muskeln aber zeigten sich Querschnittsbilder, wie sie bei dystrophischen jugendlichen und älteren Personen bisher nicht beobachtet sind. Es fanden sich nämlich ganze Muskelfelder aus kleinsten Muskelfasern (3,0—10,0 μ) mit meist abgerundeten Ecken und reichlich da-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zwischen gelagerten Kernen ohne Vermehrung der Stützsubstanz. Diese Muskelfasern sind daher nicht als atrophierende aufzufassen, sondern sind offenbar in ihrer Entwicklung zurückgeblieben. Diese mangelhafte Entwicklungsfähigkeit weist auf die primär myopathische Genese der Erkrankung hin. Kalberlah.

Rose: Névrite sensitive et trophique à la suite d'un zona. Lésions trophiques des os et de la main à type de rhumatisme chronique.
(Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. 1908, S. 64.)

Herpes zoster bei einer 67jährigen Frau im Radialisgebiet; mit den Schmerzen zusammen entsteht ein Ödem der Hand und des Unterarms; außerdem finden sich artikuläre und osteale Veränderungen an der Hand, die, ob mit Recht scheint zweifelhaft, auf die Zoster-Neuritis bezogen werden. Cassirer.

Kerschensteiner (München): Periphere Neuritiden bei Infektionskrankheiten.
(Mediz. Klinik 1909, Nr. 10.)

Der Artikel bespricht die Pathogenese, die pathologische Anatomie, Diagnose, Prognose und Therapie der postinfektiösen Nervenentzündungen. Sie können bei allen akuten, aber auch bei chronischen (z. B. Tuberkulose) Infektionskrankheiten auftreten. Bei Typhus kann eine Atrophie infolge Neuritis über die allgemeine Muskelschwäche übersehen werden, bei Syphilis muß man die spezifische Ursache von einer etwaigen Hg-Intoxikation unterscheiden. In der Therapie sind leider die sonst bewährten Injektionen ohne Erfolg; man ist auf die üblichen physikalischen Heilmittel, besonders Elektrizität, angewiesen.
Liebetrau (Hagen i. W.).

Zander: Ischias und Unfall.
(Mediz. Klinik 1909, Nr. 13.)

Obwohl mehrere Gutachter sich gegen den Zusammenhang eines unbedeutenden Unfalls („Verheben") mit einer Ischias aussprachen, besonders weil die Wirkung desselben sich auf ein Bein konzentriert haben sollte, die Erscheinungen aber in beiden auftraten, erkannte das R.-V.-A. doch auf Grund der Zeugenaussagen und anderer ärztlicher Gutachten die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft an. Liebetrau (Hagen i. W.).

Anatomie und Physiologie des Nervensystems. Psychologie.

Paul Blach: Die Tierähnlichkeit im menschlichen Rückenmark.
(Neurolog. Zentralbl. 1908, S. 507—511.)

Pick spricht als Tierähnlichkeit des menschlichen Rückenmarks (hauptsächlich im Dorsalmark) an: Kleinheit der Hinterstränge, mangelhafte Bildung der hinteren grauen Substanz und der Clarke'schen Säule und Hinreichen dieser in das beträchtlich verschmälerte Kommissurgebiet zentralwärts bis an die Seite des Zentralkanals, ein Verhalten, wie man es nach Pick ähnlich besonders beim Kalbe findet.

B. weist nun auf eine weitere Tierähnlichkeit hin, und zwar speziell wieder Ähnlichkeit mit dem Verhalten bei Huftieren, die darin besteht, daß die normalerweise einen gotischen Bogen um den Markkern bildende gelatinöse Substanz des Hinterhorns Fältelungen, Rudimente von Windungen, ja zuweilen aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesprochene Windungen zeigt und den Markkern bedeckt, ohne ihn zu umgreifen. ferner, daß in den sehr faserreichen Markkern zahlreiche Fasern aus der weißen Substanz eindringen, entweder vom Processus reticularis her (Pferd) oder vom Hinterstrang her (Schwein), manchmal so massenhaft, daß das Hinterhorn vom zentralen und vom Vorderhorngrau abgeschnürt wird; endlich, daß gleichzeitig die Glia in den hinteren Wurzeln, statt in das medulläre Gebiet einzustrahlen, das Rückenmark verläßt, um erst in einiger Entfernung von seiner Peripherie einen nach außen konvexen Bogen abzuschließen. Diese Abnormitäten, die lediglich im Zervikalmark vorkommen, und zwar vorzugsweise in der Halsanschwellung, wo sie bei Huftieren die Regel ist, hat B. zunächst in 16 unter 22 untersuchten pathologischen Fällen gefunden, wozu in 6 Fällen noch seitliche furchenähnliche Bildungen (Antilope) hinzutreten; nur in einem Falle (Tabes) fand sich Hinterhorn, Gelatinosa-Abnormität, extramedulläre Glia und Furche vereint. Bei der Untersuchung von im ganzen 50 pathologischen und 19 normalen Rückenmarken fanden sich die beschriebenen 2 oder 3 tierähnlichen Abnormitäten in 27 pathologischen Fällen (darunter 13 Fälle von Tabes, 2 progressive Paralysen, 3 Meningitis, 2 Lues cerebri, 3 Diabetes mellitus, 1 kombinierte Systemerkrankung), und in einem normalen Rückenmark. B. betrachtet die Tierähnlichkeit der menschlichen Halsanschwellung als Zeichen einer neuropathischen Konstitution bzw. eine Minderwertigkeit des sensiblen Hinterstrangs- und Hinterwurzelsystems. Hoppe (Königsberg).

K. Reicher: Zur Kenntnis der scheinbar abnormen Bündel im Ponsgebiete.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 404—415.)

Schaffer hat in einem Fall ein abnormes Bündel der Brückengegend in der Fazialisebene dorsomedial von der Pyramide gefunden, das er dorsolateralwärts in das Gebiet der Haube verfolgen konnte und als hospitierendes Bündel der Pyramide auffaßt (s. d. Zentralbl. 1908, S. 1073). R. hat nun in einem Fall ein ganz gleiches Bündel, aber beiderseitig gefunden. Die Durchmusterung von 25 Gehirnstämmen des Obersteiner'schen Instituts ergab dann noch in einem weiteren Fall einen ganz ähnlichen Befund, außerdem fand R. noch in acht Fällen scheinbar abnorme Bündel, die aber im Verlauf etwas von dem abnormen Bündel Schaffer's abwichen. Auch bei diesem zeigte sich die Tendenz, von der dorsomedialen Seite der Pyramide dorsolateralwärts zu ziehen und dann die sagittale Richtung einzuschlagen, spinalwärts dagegen strebt es vertikal dorsalwärts und läßt sich bis zur Med. oblongata (Hypophysengegend) verfolgen und hospitiert streckenweise in der Schleife. Dieses Bündel kann wahrscheinlich als zentrale Verbindung von motorischen Hirnnervenkernen angesehen werden. Mit Karplus und Spike nimmt R. an, daß scheinbar abnorme Bündel dadurch vorgetäuscht werden, daß Fasern, die sonst auf ein größeres Areal verteilt sind, auf ein engeres zusammengedrängt werden. Hoppe (Königsberg).

Dr. L. Bach und Dr. A. Lohmann (Marburg): Die Beziehungen der Medulla oblongata zur Pupille.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Bd. XLVII, 1909, S. 270—272.)

Da die Arbeiten von Bach und Meyer über die obige Frage von Bumke und Trendelenburg (vgl. Referat in Bd. XXX, S. 663 dieses Zentralblattes)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

angegriffen worden sind, so unterzogen sie die Verfasser einer Nachprüfung, ohne jedoch zu einem abschließenden Urteil zu gelangen. Sie erzielten in einigen Versuchen dieselben Resultate wie Bach und Meyer, in einer Anzahl aber andere, welche mit den von diesen Autoren gezogenen Schlüssen nicht recht in Einklang zu bringen sind. Daß die Miosis und Lichtstarre Folge der Narkose gewesen sei, glauben die Verf. nicht. Jedenfalls liegen die Verhältnisse bei der Katze so verwickelt, daß eine Entscheidung der schwebenden Frage durch Versuche an diesem Tiere ziemlich ausgeschlossen ist. Groenouw (Breslau).

F. Krusius (Marburg): Isochrome Pupillenskala zur Messung im auf- und durchfallenden Lichte.

(Zeitschrift für Augenheilkunde, Bd. XXI, 1909, Heft 3, S. 208.)

Der Apparat ist eine Modifikation der Haab'schen Skala und besteht aus einer nach oben und unten handgriffartig abgesetzten Aluminiumplatte, in der, perlschnurartig unter einander angeordnet, Löcher von 1,0—8,0 mm Durchmesser ausgestanzt sind. Hinter dem lochhaltigen Teil dieser Platte liegt eine Rotglasscheibe. Mit Scharnieren abklappbar ist eine zweite geschwärzte Metallplatte hinter der Lochplatte angebracht, die mit zwei Rinnen zum Hineinschieben einer weißen Kartonplatte versehen ist. Bei Untersuchung im durchfallenden Licht wird die schwarze Platte zurückgeklappt und das Licht von dem weißen Karton auf die rote Scheibe reflektiert. Die Löcher leuchten dann rot auf und lassen sich leicht mit der ebenfalls rot aufleuchtenden Pupille vergleichen. Zum Vergleich im auffallenden Lichte wird der Karton herausgezogen und die schwarze Platte zugeklappt, wodurch die Löcher der Aluminiumplatte schwarz auf hellgrauem Grunde erscheinen. Verfertiger ist der Marburger Mechaniker M. Rink. Preis der Skala 9 M. Brons (Dortmund).

F. Mazurkiewicz: Über den reaktiven Charakter der Denkvorgänge. (Vorläufige Mitteilung.)

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 298—307.)

Liepmann hat gezeigt, daß bei der Ideenflucht die Gesetze der Assoziation noch mehr zur Geltung kommen, als beim geordneten Gedankengang, wobei nur eine Hauptrichtung des Denkprozesses vorhanden ist, während in der Ideenflucht ohne diesen richtunggebenden Leitfaden zusammenhangslos assoziiert wird. Außer der Zusammenhangslosigkeit sind aber nach M. bezeichnende Merkmale der Ideenflucht: Vielseitigkeit und Gleichwertigkeit der Richtungen der Vorstellungen sowie ihre Zwanglosigkeit und Hemmungslosigkeit. Der Ideenflucht steht nicht der höchst geordnete Gedankengang, wie Liepmann betont, sondern die Einseitigkeit, Zwangsmäßigkeit, das Vorherrschen der Wahnideen („Hauptvorstellung") des Paranoikers gegenüber mit besonders leichter Hemmung gegensätzlicher Gedankenrichtungen. Das normale Denken liegt in der Mitte zwischen diesen beiden krankhaften Polen. M. widerspricht auch Liepmann, daß beim Gesunden die vorherrschenden überwertigen Vorstellungen mit dem Gedankengange fortwährend wechseln, indem er darauf hinweist, daß es auch bei gesunden Menschen Vorstellungsgruppen gibt, die lebenslang überwertig sind. Das Vorherrschen der Obervorstellungen ist auch nicht, wie Liepmann meint, durch Fesselung der Aufmerksamkeit bedingt, was nach M. gar nichts erklärt, sondern nur eine andere, höhere Reaktionsweise auf Außenreize. Die phylo- und ontogenetisch niedrigsten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nervensysteme sind nur zu unmittelbarer Reaktion auf Außenreize (Reflexbewegungen) befähigt; je weiter die Entwicklung fortschreitet, desto länger wird die Zeitdauer zwischen Außenreiz und reaktivem Vorgang, es kommt im hochentwickelten Zentralnervensystem zu „bewußten" Reaktionen, indem es fördert, hemmt und zweckmäßig wählen kann, je nach den reellen Umständen. Die meisten Handlungen des Menschen beziehen sich auf die Selbsterhaltung und haben auch dann, wenn sie klar bewußt sind, ausgesprochen reaktiven (reflexartigen) Charakter. Die komplizierten Lebensbedingungen verhindern aber meist die reflektorische Befriedigung des Triebes und erfordern eine assoziative Arbeit, die als Hemmung dient. Dazu ist zwischen den sensiblen und motorischen Bahnen das mächtige Assoziationssystem eingeschaltet, das die Dauer der Reaktion eben bedeutend verlängert (instinktartige Reaktion). Die meisten Menschen kommen über diese instinktartigen Reaktionen nicht weit hinaus. Herrscht eine Obervorstellung vor, so hängt diese nicht vom Willen oder der Aufmerksamkeit ab, sondern allein von den reellen Beziehungen des Individuums zum Außenreiz. Die individuellen Reaktionen zeigen außer Unterschieden der Intensität und der Dauer auch solche der Qualität. Der Ideenflüchtige nimmt an Vorstellungen alles auf, was ihm geboten wird (passives Moment), der Paranoiker fördert, hemmt, wählt (aktives Moment). Die Reaktionsweise des Gesunden liegt in der Mitte. Hoppe (Königsberg).

IV. Vermischtes.

Die diesjährige Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte findet am 6. und 7. November in Heilbronn-Weinsberg statt.

Im unterzeichneten Institut ist eine Anleitung zur Beobachtung der Sprachentwicklung bei normalen, vollsinnigen Kindern ausgearbeitet worden. Sie ist im Organ des Instituts, der Zeitschrift für angewandte Psychologie und psychologische Sammelforschung (Verl. J. A. Barth, Leipzig, Bd. II, S. 313 ff.) erschienen. Die Verwaltung des Instituts bittet psychologisch vorgebildete Eltern und Erzieher — und zwar nur solche — sich dieser Anleitung zu bedienen und eventuell Aufzeichnungen später dem Institut zur einheitlichen Verarbeitung zu überlassen. (Eventuell können auch Teilgebiete der Anleitung zu Beobachtungen benutzt werden.) — Einige Separatabzüge der Anleitung stehen noch zur Verfügung.

Institut für angewandte Psychologie und psychologische Sammelforschung (Institut der Gesellschaft für experimentelle Psychologie).

Neubabelsberg, Kaiserstraße 12. I. A.: Die Verwaltung
Stern. Lipmann.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Erstes Novemberheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

(Laboratoires scientifiques de l'institut psychiatrique de Reggio-Emilia.)

Cholésterine et Réaction de Wassermann.

Par le

Dr. Giacomo Pighini.

I.

Introduction.

Si nous ajoutons à un système hémolytique préparé convenablement de petites quantités de cholésterine émulsionnée en liqueur physiologique, l'hémolyse ne se réalise plus.

Les expériences presque contemporaines du Dr Iscovesco (1) et les miennes (2) démontrent suffisamment ce fait. Mais de quelle façon puisse la cholésterine produire le phénomène, c'est ce que nous ne savons pas encore; son action neutralisatrice pourrait s'exercer sur l'amborécepteur ou sur le complément, ou bien sur l'un et sur l'autre des corps nécessaires à la hémolyse. Le fait est que la cholésterine a le pouvoir de protéger les hématies; et non seulement contre l'action hémolysant d'un sérum spécifique, mais encore de beaucoup d'autres substances bien distinctement hémolytiques, parmi lesquelles je mentionnerai la saponine (Ramson (3), la lécithine (Sachs 4, Pighini 1), et les toxolécithides, c'est à dire les venins sécrétés par les serpents, par les scorpions et par les abeilles etc., qui se combinant avec la lécithine augmentent extraordinairement leur pouvoir hémolysant (Kyes, Morgenroth et Carpi 5). Nous verrons que les faits exposés ont une grande valeur pour l'interprétation du phénomène de Wassermann.

Le succès bien mérité de cette réaction et sa diffusion rapide parmi les médecins a conduit un grand nombre d'expérimentateurs à chercher, en même temps, quelle est la substance ou la réunion de substances qui déterminent la déviation, ainsi dite, du complément. A ce propos l'on connaît les recherches de Levaditi, Jamanouchi et Ravaut (6), Landsteiner (7), Porges (8), Fleischmann (9), Bruck et Stern (10), Sachs et Altmann (11), Sachs et Rondoni (12), Porges et Meier (13),

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

conspirantes toutes à démontrer que le phénomène de Wassermann n'est pas dû à une vraie déviation de complément comparable à celle qu'obtinrent, avant tous, Bordet et Gengou mélangeant des cultures bactériques avec les correspondants sérums immunissants, c'est à dire que dans ce phénomène il ne s'agit pas de réaction spécifique entre des anticorps et des antigènes avec la relative absorption du complément, mais d'une action plus simple, qui a pour but de neutraliser l'hémolyse de part de substances spéciales, contenues dans l'extrait de foie syphilitique et respectivement dans le sérum et dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques et des parasyphilitiques. Ces substances, beaucoup desquelles peuvent s'extraire par l'alcool, seraient identifiés dans les communs lipoïdes et dans les sels biliares pour l'antigène produit du foie de fœtus syphilitique, et dans d'autres mélanges pas proteics à l'état colloidal — lipoïdes en général éthers de cholésterine ou de gras acides — pour l'anticorps contenu dans le liquide ependymal et dans le sérum. Ainsi dirigées, les recherches des expérimentateurs cités établirent: que les substances actives extraites du foie de fœtus syphilitiques peuvent s'obtenir aussi d'un foie sain et des extraits acqueux ou alcooliques d'autres organes — ainsi que du cœur de cobaye, du cerveau, des hématies, des globules blancs, du sérum sanguin — et être également actives, pourvu qu'elles soient employées en quantité rélativement plus grande. Et ils établirent aussi que le spirochète n'a aucune influence directe à la production de ces substances, que le sérum normal, employé en doses plus fortes, peut produire la réaction, et encore que le phénomène Wassermann peut être donné du sérum et du liquide ependymal des syphilitiques et des parasyphilitiques, employés en quantité plus grande, même sans y ajouter l'antigène.

Les résultats de ces expériences se concordant, et étant contrôlés par d'autres chercheurs, il paraît établi que pour le complétement de la réaction de Wassermann dans le sérum ou dans le liquide ependymal il faut la présence de substances spéciales à une spéciale concentration et propres à neutraliser l'action hémolytique de l'immunsérum spécifique.

Il s'agit à présent de chercher quelle soit cette substance ou bien ces substances. Levaditi e Jamanouchi, dans un de leurs premiers mémoires sur cet argument, exprimaient l'hypothèse que parmi les substances actives du liquide céphalo-rachidien et du sérum des syphilitiques et des paralytiques, on pouvait énumérer aussi les éthers de cholésterine: mais les auteurs affirmaient en même temps que la cholésterine, par elle même, n'a pas le pouvoir de déployer une action anticomplémentaire et de donner la réaction de Wassermann.

Cependant peu de temps après, M. Iscovesco et moi nous mettions

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

en effet nos expériences, dont il résultait que la cholésterine pure non seulement est douée d'un pouvoir élevé antihémolytique, mais qu'en dose relativement minime elle peut protéger les hématies même de l'action des antisérums spécifiques. La cholésterine donc, introduite dans un système hémolytique, empêche l'hémolyse, et dans ses effets réproduit le phénomène de Wassermann.

Une question se montrait donc très naturelle, la recherche dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques, et dans le sérum de ceux-ci et des syphilitiques de la cholésterine, si elle y est contenue et en telle quantité à justifier l'évènement de la réaction; une question toute pleine de promesses pour ce qui est connu, et confirmé par les études récentes de Lifschütz (14), que la cholésterine, dans ses différents états d'oxydation et d'ethérification, est un des alcools les plus répandus dans les tissus organiques, elle joue une partie très importante dans l'échange matériel de la substance nerveuse, et Panzer (15) et Salkowski (16) la trouvèrent en augmentation exagérée dans un nombre considérable de tissus humains pathologiques, tels que du rein gras blanc, de mésentère épaissi, de tissu de granulation, d'artères athéromatiques, d'épiderme atteinte de dermatitis exfoliativa. Et la recherche paraissait d'autant plus digne d'étude, en sachant que la syphilis agît préférablement sur les tissus sanguins si riches de cholésterine, et que la paralysie progressive porte de profondes altérations déstructives dans la substance cérébrale qui contienne la cholésterine combinée non seulement, mais aussi à son état libre en grande quantité. (Baumstark, Thudichum 17, Bunz 18, Tebb 19.) Des recherches à ce propos sur le sérum des syphilitiques n'ont été encore pratiquées de personne, et j'éspère m'en pouvoir occuper tout prochainement.

Jusqu'à présent ce fut, au contraire, ma tâche de rechercher si la cholésterine est contenue dans le sérum et dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques, et de rechercher aussi cette substance dans plusieurs autres liquides ependymaux d'autres maladies mentales qui peuvent donner la réaction de Wassermann, telles que l'épilepsie et la dementia praecox (Nonne, Raviart, Breton e Petit). En même temps j'ai cherché d'établir s'il y a une différence quantitative entre le contenu de cholésterine du foie du fœtus syphilitique et du foie du fœtus sain.

Dans un mémoire précédent sur cet argument (20) j'ai fait connaître les résultats positifs donnés par la recherche de la cholésterine dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sérum de plusieurs cas de paralysie progressive, d'épilepsie, et, seulement pour le liquide, dans des cas aussi de dementia praecox.

A ces premiers résultats encourageants il fallait donner une plus large

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

base d'expériences et rechercher plus directement si un rapport existait entre la présence de la cholésterine dans les liquides en examen et la réaction de Wassermann. En travaillant à cet ouvrage, et voulant limiter ma recherche au liquide céphalo-rachidien, je me suis proposé précisement d'établir si les liquides qui contiennent la cholésterine, donnent en même temps la réaction de Wassermann, ou vice versâ, soumettant chaque liquide à la double recherche de la réaction et des cristaux de cholésterine. Je dirai d'abord que cette substance a été recherchée tout exprès dans une quantité discrète de malades des plus différentes maladies mentales et dans d'autres cas aussi que l'on aurait pu retenir comme normaux, en rapport aux conditions physiques générales, comme des alcoolistes guéris et des fous moraux. De ces éxamens il en résulta que la cholésterine existe en quantité discrète comme produit pathologique dans le liquide ependymal des paralytiques, et, dans une bonne pourcentage de démentes précoces, particulièrement catatoniques, et de graves épileptiques: tandis qu'elle ne se retrouve pas — mais cela ne résulte point dans la littérature de l'argument, — dans le liquide normal, ni même dans celui d'autres maladies examinées. — Je fais connaître ces recherches dans un mémoire à part de prochaine publication (21). Je rapporterai ici seulement que sur 25 cas de paralysie progressive dans 15 cas on parvint à isoler les cristaux de cholésterine, dans 7 on s'aperçut de leur présence seulement par la caractéristique réaction de Liebermann; c'est-à-dire qu'on obtint le retrouvé positif de la cholésterine dans 83% des cas. Sur 22 épileptiques, on trouva les cristaux en 10, simple réaction en 5, = 66%; sur 28 démentes precoces, en 7 les cristaux, simple réaction en 5, = 43% de cas positifs. Mes expériences présentes roulent sur les cas les plus typiques et se limitent à ces trois formes de maladie mentale, car, jusqu'ici, ce sont les seules où j'ai retrouvé la cholésterine dans le liquide céphalo-rachidien.

Il est naturel que j'ai eu soin d'exclure de mon expérience ces démentes precoces ou ces épileptiques qu'on pouvait supposer atteints de syphilis. Et après avoir considéré, que la substance active contenue dans le foie du fœtus syphilitique n'est pas une substance specifique de ce tissu pathologique, mais on peut l'obtenir aussi d'autres tissus, et lorsque elle est employée dans une quantité adaptée elle peut produire d'elle même la réaction de Wassermann, j'ai voulu rechercher si dans ces foies syphilitiques la cholésterine était contenue dans une quantité plus grande que dans les foies normaux.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II.

Recherches expérimentales.

Pour isoler la cholésterine, le foie était reduit en de très petits fragments avec une trituratrice, digéré dans l'alcool absolu pour quelque jour, évaporé jusqu'à sécheresse, et dishydraté dans le vide sur de l'acide sulfurique.

Bien séché, il était pulvérisé dans un pilon, et extrait pour 24 heures dans de l'éthèr avec le Soxhlet. Le liquide céphalo-rachidien était extrait plusieurs fois par l'éthèr au moyen d'un ballon à robinet. L'extrait éthèré était évaporé, dissous dans de l'alcool absolu en ébullition, et saponifié en ajoutant au même alcool de petits fragments de sodium métallique dans la proportion d'énviron 1 g pour 20 d'alcool absolu.

La saponification réussit aussi bien en benzol, auquel on ajoute la quantité d'alcool qu'il faut pour que les morceaux de sodium métallique soient tout à fait dissous.

L'alcool évaporé, les restes venaient de nouveau delayés dans de l'eau salée, évaporés à bain-marie et sechés dans le dessécheur. Convenablement pulvérisés dans un pilon, ils étaient après extraits en éthèr avec le Soxhlet pendant plusieurs heures, et répris en alcool absolu en ébullition.

L'éxtrait obtenu de cette façon, ne contient jamais, lorsqu'il la contient, de la cholésterine pure, mais mélangée à beaucoup d'autres substances pas encore identifiées — parmi celles-ci une substance jaunâtre amorphe et résineuse que des recherches ultérieures nous diront si on peut l'identifier avec la oxycholésterine de Lifschütz — qui échappèrent à la saponification. Pour les purifier en partie de ces substances on défèque avec une solution alcoolique saturée chaude d'acétate de plomb neutre. Le filtré se délivre du plomb, et se fait évaporer jusqu'à une forte concentration. Les cristaux de cholésterine, qui éventuellement se forment, doivent être purifiés au moyen de plusieurs filtrations et solutions d'alcool absolu, jusqu'à ce qu'ils se présentent dans les formes connues, à de tablettes rhomboïdales ou comme des aiguilles écornées, avec des angles de 76°,30′ ou de 87°,30′, incolores et transparentes. Seulement alors on a nettement les réactions connues.

Dans les cas ou l'on n'obtenait pas la formation des cristaux, on recherchait la présence des plus petites traces de cholésterine avec la réaction de Liebermann sensible jusqu'à 1 mgr, dissolvant le reste alcoolique dans du chloroforme et le traitant après avec de l'acide sulfurique et de l'anhydrite acétique.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Cholésterine dans le foie de fœtus normal et de fœtus syphilitique.

Des cliniques gynécologiques de Parma et Modena j'ai pu obtenir deux foies de fœtus d'environ 8 mois atteints d'hérédosyphilis, et deux foies de fœtus sains du même âge, morts suffoqués en naissant.

Coupés en plusieurs fragments, on les conserva dans de l'alcool absolu et on les examina chacun après un mois environ d'imprégnation.

On pésait de chaque foie 80 g de substance, et on les désséchait dans la manière susdite.

Conservant toujours un poids constant, on put ainsi calculer avec une suffisante approximation ce que rendait de cholésterine chaque foie, quoiqu'une partie de substance soit perdue inévitablement dans les différent procédés d'extraction et de purification. Pourtant les différences entre le normal et le syphilitique sont si grandes, qu'aucun doute ne peut exister sur les conclusions que nous en tirerons.

N° 1 — Foie de fœtus syphilitique (hérédosyphilis) de 8 mois contenant les spirochètes (examen à frais). On cherche la cholésterine dans 80 g de substance conservée dans l'alcool. La saponification de l'extrait éthèré est faite en benzol.

De l'extrait alcoolique — déféqué avant avec de l'acetate de plomb — précipitent des cristaux de deux qualités: les uns en amas de tablettes rhomboïdales avec les angles connus de la cholésterine, mais d'une couleur sale, et pour cela impurs; les autres en amas de petits cristaux prismatiques d'une couleur jaune foncé avec des réflexes violets.

Traitant à frais le précipité cristallin avec de l'acetone, il reste dans le vase l'amas jaunâtre, tandis qu'on extrait seulement les cristaux rhomboïdaux; ceux-ci, purifiés au moyen de cristallisations répetées en alcool sont reunis sur un filtre taré de Ludwig, et pesés. Au microscope ils ont l'aspect de minces tablettes coupées obliquement aux extrémités, et qui présentent les angles connus de la cholésterine, de cette substance elles donnent les réactions caractéristiques, très vives parmi les autres celle avec l'anhydride acetique. Le point de fusion est 144° C.

Il s'agit donc de cholésterine pure, dans la quantité de g 0,2781 = g 0,34%.

N° 2 — Foie comme le précedent. Saponification en alcool absolu en ebullition.

Pesés dans le filtre de Ludwig, on obtient g 0,2198 de cristaux de cholésterine pure = g 0,26%.

N° 3 — Foie de fœtus sain de 8 mois, mort en naissant par suffocation. On recherche la cholésterine dans la quantité usuelle de substance après

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

un mois de conservation dans l'alcool absolu. Saponification en benzol. — On n'arrive à obtenir aucun précipité cristallin de l'extrait alcoolique. Le reste, désseché et dissous dans du chloroforme, donne une très pure et forte reaction de Liebermann.

Donc la cholésterine a été extraite, mais dans une quantité trés petite.

N° 4 — Foie de fœtus comme le précédent, saponification dans l'alcool absolu en ébullition. De l'extrait alcoolique on obtient un précipité cristallin très pauvre qui après de cristallisations répetées présente les caractères microscopiques et les réactions de la cholésterine. Séchée et pesée la substance monte à g 0,0185 à g 0,02%.

De ces recherches il resulte clairement que les foies de fœtus normaux ainsi que les foies de fœtus syphilitiques contiennent de la cholésterine; mais tandis que dans les premiers cette substance est contenue en des quantités très petites, dans les syphilitiques elle est représentée par des quantités 10—15 fois plus grandes. Nous verrons plus avant si ce fait peut avoir de la valeur pour l'accomplissement de la reáction de Wassermann.

Cholésterine dans le liquide céphalo-rachidien et réaction de Wassermann.

Puisque de mes recherches précédentes il résulte la présence de la cholésterine dans le liquide épendymal de plusieurs malades de paralysie progressive, d'épilepsie et de dementia praecox, j'ai voulu expérimenter si à cette donné positive correspondait un résultat semblable dans la réaction de Wassermann. A ce propos j'ai choisi 13 cas de paralysie progressive, 14 d'épilepsie, 14 de dementia praecox, dans les differentes phases de leur maladie. De chaque ponction lombaire j'extrayais environ 30 ccm de liquide entre de larges éprouvettes stérilisées, que presque aussitôt je centrifugeais; 25 ccm me servaient constamment pour la recherche de la cholésterine, les autres pour la réaction. La cholésterine était extraite à la manière décrite, saponifiant communément en alcool absolu, et précipitant chaque fois l'extrait alcoolique bouillant avec de l'acetate de plomb neutre; précipitation nécessaire par la présence dans cet extrait de plusieurs autres substances qui empêchent, l'isolement de la cholésterine restée. (Parmi ces substances pourraient se trouver éventuellement la céphaline, la myeline, les acides de la cérébrine comme produits de la disgrégation de la substance nerveuse, lesquelles précipitent toutes avec l'acétate de plomb.) (Thudichum.)

Si l'on obtenait un amas cristallin, il était purifié par de successives

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

cristallisations jusqu'à obtenir des formes pures et qui présentaient les réactions caractéristiques.

Si le précipité cristallin n'était pas obtenu, on dissolvait le reste dans du chloroforme, et on cherchait la réaction de Liebermann. Celle-ci étant positive, on venait à la conclusion de la présence de très petites quantités de cholésterine dans le liquide examiné. La recherche de la réaction de Wassermann a été conduite selon les critériums suivis par les expérimentateurs les plus exactes de l'argument. Seulement, au lieu de me servir du système hémolytique: mouton-lapin, qui est celui qu'on use le plus ordinairement, je me suis servi toujours du système bœuf-lapin. Et cela parce que dans mon établissement on tue des bœufs presque chaque jour et j'ai la facilité d'obténir du sang de bœuf d'un âge et d'un poids presque constants, de la même race, et nourri du même pâturage. Le système hémolytique bœuf-lapin d'autre part fut déjà démontré très bien par d'autres expérimentateurs, et dans notre laboratoire il a toujours donné d'excellents résultats (V. œuvres de Nizzi). Les hématies de bœuf, centrifugées et lavées trois fois avec une solution physiologique (0,85), servent pour trois fois au moins à être injectées dans des lapins de bonne race à distance de 4—5 jours d'une injection à l'autre; après quoi, saignant la carotide et laissant dépositer à la t° ambiante, on ramassait le sérum, que l'on inactivait et l'on conservait en glacière; à chaque expérience l'amborécepteur était titré et delayé dans la dose double, selon les préceptes de Wassermann. Pour antigène j'ai usé le foie du fœtus syphilitique déssechè et pulverisé dans la constante proportion d' 1 g de substance agitée convenablement avec 30 ccm de solution physiologique dans un cylindre à tampon dépoli, préalablement sterilisé, extraite pour un jour en glacière, puis centrifugée.

Complément, sérum frais de cobaye. Les hématies de bœuf, bien lavées et centrifugées, suspendues au 5% en solution physiologique, étaient directement sensibiliseés.

Pour chaque expérience, on employa plusieurs doses d'antigène et de liquide, et on expérimenta en même temps l'action anticomplémentaire du liquide seulement, sans antigène, comme avaient déjà fait Levaditi et Jamonouchi.

Je résume dans les tables suivantes les résultats des différentes recherches.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Paralysie progressive.

Observations	Cholésterine dans le liquide c. r.	Réaction de Wassermann — Liquide c. r. cc	Antigène cc	Amboré-cepteur cc	Résultat
1° — L. Annibale — paralysie florissante — syphilis.	Abondants cristaux, vive réaction.	0,10	0,10	0,004	+
		0,20	0,10	0,004	+
		0,20	0,20	0,004	+
		0,10	—	0,004	—
		0,20	—	0,004	+
		0,40	—	0,004	+
2° — C. Vittorio — paralysie florissante — syphilis.	cristaux abondants, vive réaction.	0,10	0,10	0,001	+
		0,20	0,10	0,001	+
		0,20	0,20	0,001	+
		0,10	—	0,001	+
		0,20	—	0,001	+
		0,50	—	0,001	—
3° — A. Paolo — ancienne paralysie, à présent en phase de rémission — syphilis.	aucun cristal, aucune réaction.	0,20	0,10	0,0015	—
		0,20	0,20	0,0015	—
		0,10	—	0,0015	—
		0,20	—	0,0015	—
		0,40	—	0,0015	—
4° — G. Giuseppe — paralysie florissante — syphilis suspecte.	cristaux, réaction nette.	0,20	0,10	0,001	+
		0,20	0,20	0,001	+
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	—
		0,40	—	0,001	—
5° — B. Eligio — paralysie florissante — syphilis suspecte.	nombreux cristaux, vive réaction.	0,20	0,10	0,003	+
		0,20	0,20	0,003	+
		0,10	—	0,003	—
		0,20	—	0,003	+
		0,40	—	0,003	+
6° — T. Luigi — paralysie en phase de rémission — syphilis.	pas de cristaux, — faible réaction.	0,20	0,10	0,001	—
		0,20	0,20	0,001	—
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	—
		0,40	—	0,001	—
7° — C. Odoardo — paralysie en phase terminale. Syphilis suspecte.	Aucun cristal — Réaction évidente.	0,20	0,10	0,001	—
		0,20	0,20	0,001	+
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	—
		0,50	—	0,001	—

Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Paralysie progressive.

Observations	Cholésterine dans le liquide c. r.	Réaction de Wassermann			
		Liquide c. r. cc	Antigène cc	Amboré-cepteur cc	Résultat
8° — Z. Eugenio — paralysie ancienne en démence. Syphilis.	peu de cristaux — Réaction évidente.	0,20	0,10	0,001	+
		0,20	0,20	0,001	+
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	—
		0,50	—	0,001	—
9° — B. E. paralysie ancienne en démence. Ne résulte pas la syphilis.	aucun cristal. Aucune réaction.	0,20	0,10	0,001	—
		0,20	0,20	0,001	—
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	—
		0,50	—	0,001	—
10° — G. Silvio, paralysie florissante. Abus d'alcool; ne résulte pas la syphilis.	nombreux cristaux. Intense réaction.	0,20	0,10	0,001	+
		0,20	0,20	0,001	+
		0,10	—	0,001	+
		0,20	—	0,001	+
		0,50	—	0,001	+
11° — B. C. paralysie de quatre ans. Syphilis.	peu de cristaux. Réaction évidente.	0,20	0,10	0,001	+
		0,20	0,20	0,001	+
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	—
		0,50	—	0,001	—
12° — G. Giovanni — paralysie ancienne, en démence — ancienne syphilis.	pas de cristaux. Aucune réaction.	0,20	0,10	0,002	—
		0,20	0,20	0,002	—
		0,10	—	0,002	—
		0,20	—	0,002	—
		0,50	—	0,002	—
13° — S. Arnaldo — paralysie florissante — syphilis.	cristaux nombreux — Réaction brillante.	0,20	0,10	0,002	+
		0,20	0,20	0,002	+
		0,10	—	0,002	—
		0,20	—	0,002	+
		0,50	—	0,002	+

Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Epilepsie.

Observations	Cholésterine dans le liquide c. r.	Réaction de Wassermann			
		Liquide c. r. cc	Antigène cc	Amboré-cepteur cc	Résultat
1° — C. Giuseppe, atteint de paralysie enfantile et épilepsie de la moitié gauche. De quelque temps il a chaque jour des series de 10—20 accès.	Aucun cristall. Réaction négative.	0,10	0,20	0,004	—
		0,20	0,40	0,004	—
		0,50	—	0,004	—
		1,00	—	0,004	—
2° — G. Romeo, atteint d'imbécillitée épileptique. Il eu 2 accès avant l'éxtration du liquide.	Nombreux cristaux. Vive réaction.	0,10	0.10	0,004	+
		0,20	0,20	0,004	+
		0,20	—	0,004	+
		0,50	—	0,004	—
3° — B. Ernesto, idiot. Il a de nombreux accès chaque jour, plus fréquemment à droite.	Nombreux cristaux. Réaction vive.	0,10	0,20	0,0015	+
		0,30	0,50	0,0015	+
		0,10	—	0,0015	—
		0,20	—	0,0015	—
		0,40	—	0,0015	—
4° — G. Silvio, imbécile épileptique. De plusieurs jours il a de nombreux accès.	Cristaux abondants. Réaction vive.	0,10	0,20	0,0015	+
		0,20	0,40	0,0015	+
		0,10	—	0,0015	+
		0,20	—	0,0015	+
5° — Giu. Ettore, imbécile épileptique. — Il a des accès très fréquents.	Quelque cristal. Vive réaction.	0,10	0,20	0,0015	+
		0,20	0,40	0,0015	+
		0,10	—	0,0015	—
		0,20	—	0,0015	—
6° — Gha. Fortunato, épileptique en démence. Il a de rare accès.	Aucun cristal, Aucune réaction.	0,10	0,20	0,0015	—
		0,20	0,40	0,0015	—
		0,10	—	0,0015	—
		0,20	—	0,0015	—
		0,50	—	0,0015	—
7° — Po. Gastone, cerebroplégique. Il n'a pas d'accès de beaucoup de mois.	Quelque cristal. Faible réaction.	0,10	0,20	0,0015	—
		0,30	0,40	0,0015	—
		0,10	—	0,0015	—
		0,20	—	0,0015	—
		0,30	—	0,0015	—
		0,50	—	0,0015	—

Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Epilepsie.

Observations	Cholésterine dans la liquide c. r.	Réaction de Wassermann			
		Liquide c. r. cc	Antigéne cc	Amboré-cepteur cc	Résultat
8° — Pa. Antonio. Démence épileptique. Il a de fréquents accès.	De rares cristaux. Intense réaction.	0,20	0,20	0,0015	+
		0,40	0,40	0,0015	+
		0,10	—	0,0015	+
		0,20	—	0,0015	+
		0,30	—	0,0015	—
		0,50	—	0,0015	—
9° — M. Daniele. Idiotisme épileptique. De quelque jour il a des series, intenses et nombreuses, d'accès.	Abondants cristaux. Réaction vive.	0,20	0,20	0,001	+
		0,30	0,40	0,001	+
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	+
		0,30	—	0,001	+
		0,50	—	0,001	—
10° — Car. Umberto. Epilepsie idiopatique. Il a de frequents vertiges et de rares accès.	Peu de cristaux. Intense réaction.	0,10	—	0,0015	+
		0,20	—	0,0015	+
		0,05	—	0,0015	—
11° — Cav. Ettore. Démence épileptique. Il a rarement des accès.	Aucun cristal. Réaction négative.	0,10	0,20	0,001	+
		0,30	0,40	0,001	+
		0,10	—	0,001	+
		0,20	—	0,001	+
		0,30	—	0,001	+
		0,50	—	0,001	+
12° — Be. Vincenzo. Il a des accès frequents d'épilepsie psychique; les accès convulsifs sont plus rares.	Pas de cristaux. Faible réaction.	0,10	0,20	0,001	—
		0,20	0,40	0,001	—
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	—
		0,30	—	0,001	—
		0,40	—	0,001	—
13° — M. Nicola. Il a de rares accès.	Aucun cristal. Réaction évidente.	0,10	0,10	0,003	—
		0,20	0,10	0,003	—
		0,20	0,20	0,003	—
		0,10	—	0,003	—
		0,30	—	0,003	—
		0,50	—	0,003	—
14° — Ba. Adolfo. Il a de rares accès. Son intelligence est assez conservée.	Aucun cristal. Réaction négative.	0,10	0.20	0,001	—
		0,20	0,40	0,001	—
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	—
		0,50	—	0,001	—

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dementia praecox.

Observations	Cholésterine dans le liquide c. r.	Réaction de Wassermann			
		Liquide c. r. cc	Antigène cc	Amboré-cepteur cc	Résultat
1° — B. Francesco. Démence avancée.	Aucun cristal. Faible réaction.	0,20	0,10	0,001	—
		0,20	0,20	0,001	—
		0,10	—	0,001	—
		0,20	0,40	0,001	—
		0,30	—	0,001	—
		0.50	—	0,001	—
2° — Co. A. Démence avancée.	Aucun cristal. Aucune réaction.	0,20	0.10	0,001	—
		0.20	0.20	0,001	—
		0,10	—	0,001	—
		0,30	—	0,001	—
3° — Bo. Adalgisa. Démentia praecox catatonique.	Quelque cristal. Réaction évidente.	0,20	0,20	0,001	—
		0,20	0,40	0,001	—
		0,20	—	0,001	—
		0,40	—	0,001	—
4° — T. B. D. p. catatonique.	Des cristaux. Vive réaction.	0,20	0,20	0,001	+
		0,20	0,40	0,001	+
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	—
		0,30	—	0,001	—
		0,50	—	0,001	—
5° — R. Genovieffa. D. p. hébéfrenique.	Aucun cristal. Faible réaction.	0,20	0,20	0,002	—
		0,20	0,40	0,002	—
		0,10	—	0,002	—
		0,20	—	0,002	—
		0,50	—	0,002	—
6° — S. Ida. D. p. hébéfrenique.	De rares cristaux. Evidente réaction.	0,20	0,20	0,001	—
		0,20	0,40	0,001	—
		0,10	0,40	0,001	—
		0,30	0,40	0,001	—
7° — P. Pompeo. D. p. hébéfrenique-catatonique.	Nombreux cristaux. Vive réaction.	0,20	0,20	0,002	—
		0,20	0,40	0,002	—
		0,10	—	0,002	—
		0,20	—	0,002	—
		0,30	—	0,002	—
		0,50	—	0,002	—

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dementia praecox.

Observations	Cholésterine dans le liquide c. r.	Réaction de Wassermann			
		Liquide c. r. cc	Antigène cc	Amboré-cepteur cc	Résultat
8° — F. Luigi. D. p.-catatonique.	Nombreux cristaux. Réaction intense.	0,20	0,20	0,001	+
		0,20	0,40	0,001	+
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	+
		0,40	—	0,001	+
9° — L. Francesco. D. p. de plusieurs années en complète démence.	Aucun cristal. Aucune réaction.	0,20	0,20	0.001	—
		0,20	0,40	0,001	—
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	—
		0,40	—	0.001	—
10° — P. Irmo. D. p. hébefrenique.	Aucun cristal. Réaction faible.	0,20	0,20	0,001	—
		0,20	0,40	0,001	—
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	—
		0,40	—	0,001	—
11° — R. Alberto. D. p. en phase aigüe.	Nombreux cristaux. Réaction intense.	0,20	0,20	0,003	+
		0,20	0,40	0,003	+
		0,10	—	0,003	+
		0,20	—	0,003	+
		0,40	—	0,003	+
12° — S. Domenico. D. p. catatonique.	Nombreux cristaux. Vive réaction.	0,20	0,20	0,001	+
		0,20	0,40	0,001	+
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	—
		0,40	—	0,001	—
13° — B. Dino. D. p. hébéfrenique, de plusieurs années en démence.	Aucun cristal. Aucune réaction.	0,20	0,20	0.001	—
		0,20	0,40	0.001	—
		0,10	—	0,001	—
		0,20	—	0,001	—
		0,50	—	0,001	—
14° — S. Luigi. D. p. hébéfrenique, avec contractures de plusieurs années.	Aucun cristal. Aucune réaction.	0,20	0,20	0.002	—
		0,20	0,40	0,002	—
		0,10	—	0,002	—
		0,20	—	0,002	—
		0,50	—	0.002	—

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III.

Considérations et conclusions.

Ce sont 13 cas de paralysie progressive examinés. Parmi ceux-ci, quatre qui se rapportent à des malades en phase de rémission ou de stase chronique de la maladie initiée beaucoup d'années auparavant, ne donnèrent pas la réaction de Wassermann, tandis que dans le liquide on ne put montrer aucun cristal de cholésterine, et seulement dans un cas on obtint une faible réaction de Liebermann qui dénotait la présence de très petites quantités de la dite substance. Dans les autres 9 cas de réaction de Wassermann positive, on put toujours démontrer la présence de la cholésterine dans le liquide, et souvent en quantité abondante — rélativement au liquide examiné, — à en juger des nombreux cristaux qui se forment dans l'extrait alcoolique. Dans les 70% des cas examinés donc on a démontré la réaction de Wassermann toujours accompagnée par la présence de la cholésterine dans le liquide experimenté.

Sur 14 cas d'épilepsie — inclus parmi ceux-ci plusieurs idiots et graves épileptiques déjà en état de démence accentuée — en 7 cas la réaction de Wassermann a été positive et toujours accompagnée par la présence de cristaux, ou par une intense réaction de Liebermann dans le même liquide (50%): dans les cas ou la r. de Wassermann a été négative la recherche de la cholésterine donna aussi des résultats incertains: aucune réaction de Liebermann, ou réaction à peine signée; dans le cas 7 on pût obtenir aussi quelque cristal.

Les cas de dementia praecox examinés sont 14; 5 parmi ceux-ci — en phase de maladie aigüe ou catatoniforme — ont donné la r. de Wassermann, toujours accompagnée par la présence de nombreux cristaux de cholésterine (35,7%).

Quant aux autres neuf cas de r. de Wassermann négative, en deux (obs. 3ème et 6ème) on obtint dans le précipité quelque rare cristal de cholésterine, en trois une faible réaction de Liebermann, en quatre ni cristaux ni réaction.

Dans l'ensemble des expériences donc, il résulte qu'il y a un rapport intime entre le contenu de cholésterine dans le liquide et la réaction de Wassermann. Pour de si petites quantités de liquide éxaminées, il a été impossible déterminer, au moyen de pesées, les pourcentages minimes des cristaux de cholésterine contenus dans les liquides qui donnent la réaction; c'est une recherche, celle-ci, qui pourra se faire en suite avec du profit, réunissant des quantités suffisantes de liquide avec des ponctions répetées. Cependant il en resulte clairement ce fait, que la réaction de Wassermann ne s'effectue jamais sans que dans le même liquide examiné

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

l'on ne rencontrât de la cholésterine en quantité plus ou moins grande; tandis que dans les liquide incapables de donner le phénomène de Wassermann, la cholésterine, le plus souvent, a été aussi vainement récherchée, ou se révéla en de très petites quantités à peine suffisantes à donner une faible réaction de Liebermann. Il paraît donc justifié, vis-à-vis de ces résultats, supposer, qu'entre ces deux faits: réaction de Wassermann et présence de cholésterine, un rapport direct doit éxister, c'est à dire que la cholésterine puisse representer un important facteur pour la réussite du phénomène de Wassermann. L'hypothèse serait déjà assez appuyée par les résultats des expériences présentes; mais elle résulte après raffermie, et se réprésente armée par des probabilités de victoire encore plus fortes si l'on considère que la cholésterine est une telle substance, capable de donner, par elle même, le phénomène de l'empêchement de l'hémolyse: et nous l'avons vu au commencement de notre ouvrage.

Si la cholésterine pure en solution physiologique donne, dans ses effets, la réaction de Wassermann, rien ne s'oppose à admettre que cette substance puisse agir en manière identique, lorsqu'elle soit contenue en quantité suffisante dans le liquide céphalo-rachidien ou dans le sérum. On a déjà démontré que dans le sérum des paralytiques, des épileptiques, des démentes précoces, est contenu plus de cholésterine que dans le sérum normal; dans ce dernier cas évidemment la cholésterine agit et prend part au phénomène comme dans le premier; seulement on peut supposer que dans les liquides organiques qui présentent la réaction de Wassermann, la cholésterine ne soit pas le seul corps qui prend part à l'événement de la réaction, mais qu'elle y concourt avec d'autres substances.

En effet, la réaction, telle qu'elle a été proposée par Wassermann — application à la syphilis et parasyphilis du phénomène connu de Bordet e Gengou — doit être constituée par l'action simultanée de deux composés: anticorps du liquide ou du sérum, et antigène du foie syphilitique sur le complément du système hémolytique. Quoique Wassermann même à présent ne donne plus la valeur d'anticorps et antigène specifiques à ces composés, il admet toujours pourtant que pour la production du phénomène il faut la collaboration de deux substances, ou mélange de substances, les unes contenues dans le liquide ou dans le sérum, les autres dans l'extrait de foie syphilitique ou dans tout autre extrait ayant les mêmes propriétés: mais personne a su dire vraiment jusqu'à présent en quoi cette collaboration consiste, si c'est une réaction qui comprend et fixe le complément, si ce sont des phénomènes de précipitation de colloides, si dans des propriétés spéciales acquises dans le mélange au moment où des colloides de différente nature s'unissaient: ce sont des hypothèses, qui pour être

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

soutenues ont besoin d'autres hypothèses, et plutôt qu'éclairer, elles obscurcissent la question.

Au contraire, un fait connu à tous ceux qui expérimentèrent sur la réaction c'est que l'antigène est capable, tout seul, de donner la déviation du complément, pourvu qu'il soit usé dans une dose plus forte, et c'est pour cela qu'on donne les limites de concentration dans les quelles on doit l'user, et on essaye son activité toutes les fois qu'on prépare un extrait; on a un autre fait aussi, averti il y a déjà du temps par Levaditi e Jamanouchi (6), que le sérum et le liquide épendymal peuvent en spéciales doses et circonstances donner, tous seuls, la réaction.

J'ai pu me convaincre moi-même de ce dernier phénomène, qui résulte des tables réportées ci-dessus: en plusieurs cas, le liquide qui donnait la réaction avec l'antigène, continuait à la donner — dans la même série d'expériences — sans le concours de l'antigène usé en égales quantités.

De ces faits il résulte que pour la réussite de la réaction il ne faut que des quantités suffisantes d'un tel corps qui empêche à l'action hémolytique de s'effectuer. Et ce corps pour l'antigène aussi, pourrait précisement être représenté par la cholésterine, que nous avons vu être contenue en de petites quantités dans le foie du fœtus normal, et en quantité 10—15 fois plus grande dans le foie du fœtus syphilitique.

Ainsi avons-nous une éxplication simple du phénomène: Essayant l'activité de l'antigène, l'expérimentateur doit d'abord vérifier, avec le sérum d'individus syphilitiques, que son extrait ne soit pas, par hasard, trop faible, ou qu'il ne soit pas trop fort, c'est à dire qu'il n'empêche tout seul l'hémolyse; la concentration doit être dosée de sorte qu'elle puisse expliquer son action anticomplémentaire seulement lorsque elle est ajoutée au sérum. C'est à dire, enfin, qu'il emploie une dose très peu inférieure à celle suffisante à éffectuer toute seule le phénomène; et ajoutant après le sérum ou le liquide actives, très probablement il ne fera que compléter cette quantité de substance nécessaire pour que la réaction de Wassermann s'accomplisse. Cette explication, vraiment, c'est la plus simple, mais c'est la plus naturelle puisque on a démontré le fort pouvoir antihémolytique de la cholésterine et sa présence dans le foie de fœtus syphilitique autant que dans les liquides et sérums qui donnent la réaction de Wassermann.

Comme j'ai déjà dit ci-dessus, en base des présents résultats, on ne peut pas exclure que d'autres substances prennent part au phénomène, soit en ajoutant leur action à celle de la cholésterine soit en faisant plus intense par leur présence l'action de celle-ci; mais on ne peut pas même exclure que la cholésterine y participe par une large partie. Une fois

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

démontrée sa présence dans les liquides employés à la réaction, il est nécessaire d'admettre qu'elle y explique la propriété dont elle est douée.

Après avoir admise l'action unique et prédominante d'une substance chimiquement individualisée telle que la cholésterine, et largement répandue dans les tissus du corps — particulièrement dans le tissu hépatique, sanguin, osseux et nerveux — on pourrait éxpliquer plus rationellement plusieurs faits recemment réunis autour de la r. de Wassermann, en contradiction d'un côté avec les principes techniques de la réaction même, de l'autre très obscurs. Parmi ceux-ci, il y a l'accomplissement de la réaction dans des maladies qu'avec la syphilis ou la parasyphilis n'ont rien à faire. Les cas réunis dans la littérature sont déjà trop nombreux pour que l'on en puisse encore douter. Sans même donner une grande valeur aux résultats positifs trouvés dans la pneumonie, dans le diabète, dans la tuberculose, dans le typhus et dans les tumeurs (Elias, Neubauer, Porges, Solomon 22), Weil et Braun (23) résultats qui ont besoin encore d'être réconfirmés par de nouvelles épreuves plus exactes, il y a d'autres maladies qui se prêtent à la réaction d'une manière très brillante.

Parmi celles-ci l'éléphantiasis, sur laquelle sont d'accord les résultats de plusieurs observateurs tels que Jundel, Eitner (24), Wechselbaum et Meier (25), Almkvist et Sandmann, Statineanu et Danielopolu. Frugoni (26), la framboesia tropicalis, la tripanosomiasis, la malaria experimentées au besoin par Landsteiner, Müller et Pötzl, Much et Lichelberg (27), l'echinococcose selon les récentes récherches répetées de Weinberg et Parvu, de Parvu et Laubry (28); plusieurs maladies mentales exemptes de syphilis comme des cas de hydrocéphale (Frenkel), de délire alcoolique (Edel), de pseudotabes alcoolique et sclérose multiple sans syphilis (Nonne 29), d'imbécillité épileptique, de vraie épilepsie, de dementia praecox étudiés sur une grande échelle da Raviart, Breton et Petit (30) et de Nonne à qui on ajoute les cas d'épilepsie et de dementia praecox que j'ai aussi contrôlés comme positifs, et réportés dans les tables ci-dessus.

Si, outre à la syphilis, tant de maladies substantiellement différentes réagissent en manière identique à la même méthode de récherche, il est logique d'admettre qu'à la suite de tous ces procédés morbides dans le sérum ou dans le liquide céphalo-rachidien se produisent des substances chimiquement et physiquement très analogues, et qui ne dérivent pas des germes ou des toxiques des même maladies, mais des tissus de l'organisme attaqué; c'est à dire des substances histaffines, ainsi que justement ont été désignées par Landsteiner, Müller, Pötzl, Levaditi, Mott (31) et par tous ceux qui admettent avec nous que les anticorps et les antigènes

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 18:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

de la réaction de Wassermann ne réprésentent pas des corps étranges à ceux déjà contenus dans l'organisme.

J'ai déjà rappelé ci-dessus, comment, selon les découvertes récentes, la cholésterine soit un composant des tissus qui éxagère sa production en plusieurs conditions pathologiques, ayant été rétrouvée en large pourcentage dans des organes attaqués par de différents procédés morbides. La cause de cette augmentation est encore à rechercher; peut être la cholésterine, étant une substance facilement oxydable, et se prêtant à plusieurs stades d'oxydation (Lifschütz), peut représenter en certaines conditions de maladie un élément de protection pour les tissus. Pour le moment ce qui nous intéresse, c'est la constatation du fait, que dans beaucoup de tissus malades on a trouvé, par de recentes récherches, exister la cholésterine en grande quantité. On peut donc supposer que dans les autres maladies qui donnent la réaction de Wassermann — ainsi que j'ai demontré pour le sérum et pour le liquide cephalo-rachidien des paralytiques, des épileptiques, des dementes précoces — on ait une augmentation du sérum en cholésterine, et pour cela une tendence plus grande de celui-ci à donner la réaction. Des recherches à ce propos seront certainement intéressantes. Un autre fait qui reussirait plus clair c'est le rétrouvé positif de la réaction de Wassermann dans le sérum des chiens absolument normaux, démontré par Rossi (32) et récemment reprouvé par Nizzi (33) dans notre institut. Ce fait, tandis que d'un côté il reussit instructif en nous disant que même un tissu normal tel que le sang du chien peut donner, en doses communes, la réaction, de l'autre côté aide notre thèse puisque M. Nizzi a trouvé dans ces sérums une quantité de cholésterine supérieure à celle du sérum humain; et, en effet, tandis que sur 20—30 ccm de ce sérum on ne réussit pas à obtenir l'isolement de la cholésterine cristallisée, mais seulement un extrait qui donne la réaction de Liebermann, de la même dose de sérum de chien on obtient souvent des caractéristiques cristaux de cholésterine, quoique en petite quantité. De même les expériences de Breton, Massol et Petit sur le toxolécithide du cobra, dont l'action hémolytique nous avons vu peut être neutralisée par la cholésterine (Kyes, Morgenroth et Carpi) ne nous étonneraient plus; les auteurs mentionnés obtinrent la neutralisation avec quelques liquides céphalo-rachidiens, et ce n'est pas hasardeux de supposer que même ces liquides contenaient de la cholésterine en quantité suffisante, telle d'empêcher l'hémolyse.

Toutes ces suppositions ouvrent le champ à une vaste série de récherches, aux quelles j'éspère contribuer moi-même, pérséverant dans l'étude des intéressants phénomènes qui à présent nous entretiennent. En attendant, des expériences faites jusqu'ici il en résulte que:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1° Dans le foie de fœtus normal, ainsi que dans le foie de fœtus syphilitique, est contenue la cholésterine, mais dans ce dernier en proportions 10—15 fois plus grandes (0,26—0,31%).

2° Les liquides céphalo-rachidiens des paralytiques, des épileptiques, des dementes précoces qui donnent la réaction de Wassermann, contiennent tous la cholésterine, qu'on peut démontrer le plus souvent avec l'extraction de la substance pure cristallisée.

3° Les liquides qui ne donnent pas la réaction, ou ne contiennent pas de cholésterine, ou en contiennent des quantités minimes à peine évaluables avec la réaction de Liebermann.

4° Avec toute probabilité, entre la cholésterine et la réaction de Wassermann existe un rapport causal.

Bibliographie.

1. G. Pighini. Sul potere che hanno lo colesterina e la sostanza nervosa di neutralizzare la emolisi de lecitina e da sieri specifici. Riv. sperimentale di freniatria XXXIV, f. I-II, 1908.
2. H. Iscovesco. Les Lipoides du sang. La cholésterine. Pouvoir antihemolytique. C. R. de la soc. de Biologie, 1908, S. 404.
3. J. Ramson. Saponin und sein Gegengift. Deutsche mediz. Wochenschr., 1901. Nr. 13, S. 194.
4. H. Sachs. Handbuch der Immunitätsforschung. Fischer, Jena, 1908.
5. J. Morgenroth u. U. Carpi. Über ein Toxolezithid des Bienengiftes. Berl. klin. Wochenschr. 1906, S. 1424.
6. C. Levaditi et T. Yamanouchi. Le sérodiagnostic de la syphilis. C. R. de la soc. de Biologie, 1907, S. 740.
   Derselbe. Séro-réaction de la syphilis et de la paralysie générale. Ibid., 1908, S. 27.
   Derselbe. Le séro-réaction de la syphilis et de la paralysie générale. Ibid., 1908. S. 349.
   Levaditi, Ravaut et Yamanouchi. Localisation nerveuse de la syphilis et propriétés du liquide céphalo-rachidienne. Ibid., S. 814.
7. Wiener klin. Wochenschr., 1907, Nr. 50.
8. Berliner klin. Wochenschr., 16. Dez. 1907.
9. W. Fleischmann u. W. J. Butler. Serum diagnosis of Syphilis. Journal of am medic. association, 1908, S. 934.
10. Münchner mediz. Wochenschr., 1908, S. 505.
11. H. Sachs u. K. Altmann. Über die Wirkung des oleinsauren Natrons bei der Wassermann'schen Reaktion auf Syphilis. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 10.
12. H. Sachs u. P. Rondoni. Beiträge zur Theorie und Praxis der Wassermann'schen Syphilisreaktion. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 44.
13. O. Porges u. G. Meier. Über die Rolle der Lipoide bei der Wassermann'schen Syphilisreaktion. Berl. klin. Wochenschr., 1909, Nr. 15.
14. J. Lifschütz. Die Oxydationsprodukte des Cholesterins in den tierischen Organen. Zeitschr. für physiol. Chemie, 53. Bd., 1.—2. H., 1907, und 58. Bd., 2. H., 1908.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

15. Th. Panzer. Über das sogenannte Protagon der Niere. Zeitschr. f. physiol. Chemie, 48. Bd., 6. H., 1906.
Derselbe. Doppelbrechende Substanzen aus pathologischen Organen. Ibid., 54. Bd., 2.—3. H., 1907.
16. E. Salkowski. Pathologisch-chemische Mitteilungen. Berlin, 1907, S. 573.
17. J. L. Thudichum. Die chemische Konstitution des Gehirns des Menschen. Tübingen, 1901.
18. Zeitschr. f. physiol. Chemie, 46. Bd., S. 47, 1905.
19. Journal of Physiology, XXXIV, S. 106.
20. G. Pighini. La colesterina nel liquido cefalo-rachidiano dei paralitici, e sua partecipazione alla reazione di Wassermann. Riforma medica, XXV, Nr. 3, 1909.
21. G. Pighini. Über den Cholesteringehalt der Lumbalflüssigkeit einiger Geisteskrankheiten (progressive Paralyse, Epilepsie, Dementia praecox). Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1909.
22. H. Elias, E. Neubauer, O. Porges, H. Salomon. Über die Spezifizität der Wassermann'schen Syphilisreaktion. Wiener klin. Wochenschr., 1909, S. 652.
23. E. Weil und H. Braun. Über positive Wassermann-Neißer- und Bruck'sche Reaktion bei nichtluetischen Erkrankungen. Wiener med. Wochenschr., 1908, S. 938.
24. E. Eitner. Zur Frage der Anwendung der Komplementbindungsreaktion auf Lepra. Wiener klin. Wochenschr., 1908. S. 729.
25. Wechselbaum u. Meier. Wassermann'sche Reaktion in einem Falle von Lepra. Deutsche med. Wochenschr., 1908, S. 1340.
26. Frugoni. Syphilis und Lepra. Arch. f. Dermat. u. Syphilis, 2–3, 1909.
27. H. Much. Eine Studie über die sogenannte Komplementbindungsreaktion mit besonderer Berücksichtigung der Lues. Med. Klinik, 1908, Nr. 28—29.
28. M. Parvu et Ch. Laubry. Récherches parallèles des anticorps spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien et le sérum des malades atteints d'echinococcose. C. R. de la soc. de biol., 1909, S. 467.
29. Neurolog. Zentralblatt, 1908, S. 1007.
30. C. R. de la Soc. de Biologie, 1908, S. 358.
31. J. U. Mott. The Pathology of Syphilis of the Nervous System in the Light of modern Research. (Morison Lectures.) Archives of Neurology and Psychiatry, Bd. IX, 1909, S. 36.
32. O. Rossi. Sulla specificità della reazione di Wassermann. Riv. d. patol. nerv. e mentale, 1908, S. 6.
33. F. Nizzi. Reazione di Wassermann in rapporto con lesioni spezimentali della sostanza nervosa centrale. Folia pathologica, 1909.

Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

(Aus der Nervenheilanstalt Speichersdorf bei Königsberg i. Pr.)

Der Traum als Ursprung von Wahnideen bei Alkoholdeliranten.

Von

Dr. D. Pachantoni.

Z. Z. Assistenzarzt an der Kgl. Psych. u. Nervenklinik zu Halle.

Die Wahnideen entstehen entweder durch falsche Wahrnehmungen oder durch falsche Urteile und Schlußfolgerungen. Sie sind halluzinatorischen oder ideatorischen Ursprungs. Zu den letzteren gehören auch diejenigen Wahnideen, die durch eine Vermengung des Geträumten mit dem wirklich Erlebten entstehen.

Eine solche Verwechslung des Traumes mit der Wirklichkeit ist eine häufige Erscheinung im Leben des kleinen Kindes, bei dem das Traumbewußtsein noch nicht ausgeprägt ist. Sie läßt sich auch mit großer Wahrscheinlichkeit bei verschiedenen geistigen Störungen und speziell im Laufe des Delirium tremens annehmen. So stammen viele wahnhaften Ideen des Deliranten nicht aus Halluzinationen und Illusionen, sie sind keine Erinnerungsfälschungen oder konfabulatorische Momentsprodukte, sondern dem Traum entnommene Vorstellungskomplexe. Diese Vermengung des Traumes mit der Wirklichkeit ist wohl begreiflich, denn Traum und Delirium machen zwei psychische Zustände aus, die inhaltlich viel Gemeinsames haben. Sie sind ausgezeichnet durch dieselbe Kritiklosigkeit, denselben phantastischen und inkohärenten Inhalt, dieselbe Neigung des Gedankenverlaufes, in Nebenassoziationen zu geraten.

Wir teilen zwei Fälle mit, in denen eine im Traum entstandene Gedankenkonstellation im Anfange des Deliriums ins wache Leben als Realität aufgenommen wird und den Inhalt des deliranten Zustandes zum Teil ausmacht.

Der Mitteilung wird eine kurze Besprechung der gemeinsamen Züge der aus dem Traum stammenden Wahnideen angeschlossen werden, wenigstens wie es aus diesen Fällen zu ersehen ist.

Fall I.

A. W., 37 Jahre alt, verheiratet, evangelisch, Regierungssekretär.

Sein Vater Potator, seine Schwester nervenkrank. Er selbst trinkt seit acht Jahren meist heimlich zu Hause Schnaps, Kognak und Bier. Er war früher gesellschaftlich zuvorkommend und höflich; in den letzten Jahren ist er streit-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

süchtig, auffahrend und heftig geworden. Sein Intellekt ist besser erhalten. Vor drei Jahren hat er mit Erfolg ein Examen bestanden und bis vor acht Wochen sein Amt angeblich gut ausgeführt. Vor einem Jahre Nephritis; vor sieben Wochen doppelseitige Brustfellentzündung mit Magenbeschwerden. Einige Tage nach dem Beginn der Pleuritis stellte sich bei dem Pat. eine alkoholische, geistige Störung ein.

Am 6. 6. 08 wurde Pat. in die Nervenheilanstalt Speichersdorf bei Königsberg aufgenommen. Die Ehefrau schilderte den Beginn der Erkrankung in folgender Weise:

Pat., der schon seit einigen Tagen bettlägerig war, und abends schon eingeschlafen war, erwachte plötzlich, sprang aus dem Bett und machte heftige, schaufelnde Bewegungen mit beiden Armen. Auf die Frage der Frau, was er tue, antwortete der Kranke, er fülle mit Erde das Grab seines Bruders, den er soeben begraben haben wollte. Allmählich wurde er klarer und örtlich orientiert, blieb aber davon überzeugt, auf dem Kirchhof gewesen zu sein und seinen Bruder begraben zu haben. In der folgenden Nacht wiederholte sich dieselbe Erscheinung. Der Kranke erwachte wiederum plötzlich, sprang aus dem Bett und tanzte im Zimmer herum; nach kurzer Zeit kehrte die geistige Klarheit zurück, er hörte mit Tanzen auf, blieb aber davon überzeugt, eine Hochzeit mitgemacht zu haben. Gleich darauf fing er an zu halluzinieren. Er verkannte die Umgebung, fühlte sich gesund, äußerte Beeinträchtigungsideen und hielt sich bedroht. Die Medizin hielt er für Gift, Gegenstände für Personen, er sah fremde Menschen im Zimmer, erkannte nicht mehr seine Frau und redete sie mit „Sie“ an. Er war unruhig, schlaflos und heftig.

Bei der Aufnahme war Pat. zeitlich und örtlich mangelhaft orientiert, hatte keine Krankheitseinsicht, trotzdem er über Atemnot klagte. Er machte einen sehr elenden Eindruck, der Gang war taumelnd und unsicher. Allgemeiner Tremor. Sprache zittrig. Muskulatur auf Druck sehr empfindlich. Pupillen gleich, Reaktion schwach. Sehnenreflexe ohne Besonderheiten. Urin frei. Puls beschleunigt und klein. Lungen: doppelseitige Pleuritis exsudativa; Exsudat serös, Quantität mäßig. Temperatur 38,4.

8. 6. 08. Temperatur 38,5. In der Nacht schlaflos, verläßt sein Bett, ist ängstlich, konfabuliert, glaubt sich seit drei Jahren seines Amtes enthoben, spricht von dem angeblichen Begräbnis des Bruders und von der Hochzeit, die er mitgemacht haben will. Seine geschichtlichen und geographischen Kenntnisse sind sehr mangelhaft, er weiß nicht, wo er zu Hause ist. Die Merkfähigkeit ist stark herabgesetzt. Zeitliche und örtliche Orientierung ist vollkommen aufgehoben. So verkennt Pat. seine Umgebung, glaubt sich in einem Postamt und sieht, wie „um 9 Uhr die Briefe zusammengebracht werden“.

20. 6. 08. Er kennt noch nicht die Namen der Ärzte und seines Pflegers. Puls 140. Die Pleuren enthalten kein Exsudat mehr. Zuweilen euphorisch, ist Pat. im ganzen gleichgültig. Er konfabuliert verwirrtes Zeug und weiß nicht, was er vor einer Stunde mit seiner Frau gesprochen hat. Noch immer spricht er vom Tode des Bruders und von der Hochzeit, die er mitgemacht haben will. Krankheitseinsicht fehlt vollkommen, er verlangt seine Entlassung.

9. 7. 08. Körperlicher Zustand gebessert. Der Kranke kennt jetzt die Namen der Ärzte und diejenigen seiner Mitpatienten. Seine Wahnideen hat er sämtlich aufgegeben und glaubt geträumt zu haben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

30. 7. 08. Puls 110—120. Stimmung sehr labil und reizbar. Der Kranke neigt zu Mißverständnissen und zeigt Beziehungswahn. Die Hyperalgesie der Muskulatur besteht fort. Pat. verlangt Bier und wird wütend, daß er keines bekommt.

8. 8. 08. Heute als gebessert, doch noch nicht geheilt entlassen.

Fall II.

R. M., 36 Jahre alt, evangelisch, verheiratet, Kaufmann.

Keine Heredität. Seit dem zwölften Lebensjahre asthmaleidend, mit 28 Jahren dieserhalb erste Morphiuminjektion, die er dann fünf Jahre hindurch täglich fortsetzte und es bis zu einer Dosis von 0,3 pro Tag brachte. Die darauf folgenden beiden Jahre kein Morphium. Seit November 05 fing er abermals mit Morphiuminjektionen an und erreichte dieselbe tägliche Dosis wie früher. Dabei stark getrunken, besonders Bier und über $^1/_2$ l Schnaps täglich. Vor einem Jahre luetische Infektion. Seit einigen Wochen leidet der Pat. an Appetitlosigkeit und reizbarer Verstimmung („er fürchte, es könnte etwas passieren"), dazu macht er sich zahlreiche Selbstvorwürfe, kann weder schlafen noch irgend etwas arbeiten und trinkt noch stärker. Am 4. 7. 08 Aufnahme in die Anstalt.

Bei der Aufnahme war Pat. total betrunken, weinte viel und verlangte eine „Erfrischung". Er schlief sofort ein. Der Kranke ist sehr groß und gut genährt. Das Gesicht ist stark gerötet und gedunsen. Temperatur normal. Puls 85, regelmäßig. Allgemeiner Tremor und Hyperästhesie. Sehnenreflexe an Armen und Beinen sehr gesteigert. Leichte Bronchitis.

6. 7. 08. Tagsüber ruhig, klar und orientiert; häufiges Erbrechen, viel Klagen über Kopfschmerzen. Nachts sehr unruhig, sieht Gestalten, die er nicht näher beschreiben kann, „es käme ihm vor, als wohne er einer Vorstellung bei". Dabei ist er sich völlig klar über die alkoholische Natur seiner Visionen.

7. 7. 08. In der letzten Nacht erwachte der Pat. plötzlich (nachdem er vorher ruhig geschlafen hatte), schrie laut auf, seine Mutter, die Schwiegereltern und noch viele andere Leute seien mit einem Sarge gekommen; sie hätten am Fenster gestanden und wollten seine Leiche abholen. Dabei war der Pat. ängstlich erregt, behauptete tot zu sein, verlangte seine sofortige Entlassung. Mußte auf die unruhige Station verlegt werden.

8. 7. 08. Örtlich und zeitlich desorientiert. Glaubt sich zu Hause, sieht bekannte Menschen, sieht sein eigenes Kind, wie es unter ein Bett kriecht und will demselben nachlaufen. Keine Tiervisionen. Starker allgemeiner Tremor. Stimmung sehr labil, er ißt wenig, schläft nicht.

10. 7. 08. Der Kranke wundert sich darüber, daß er sein Kind so deutlich gesehen und lacht darüber. Er erkennt seine Sinnestäuschungen als solche, daß jedoch seine Mutter und die Schwiegereltern mit dem Sarge gekommen sind, um seine Leiche abzuholen, hält er für eine unbedingte Realität. Als Erklärung dafür gibt er an, „er habe sehr lange Zeit nicht nach Haus geschrieben und da hätten seine Angehörigen gemeint, er sei gestorben". Örtlich ist er orientiert, konfabuliert jedoch noch sehr stark, äußert Eifersuchtsideen und behauptet u. a. „seine Frau wäre mit einem anderen verlobt".

11. 7. 08. An dem Fließen des Wassers in der Badestube glaubt Pat. die Stimme seiner Frau zu erkennen und unterhält sich mit ihr. Er glaubt sich fortwährend unterwegs „und eben zurückgekehrt". Der Inhalt seiner

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sinnestäuschungen und konfabulatorischen Erzählungen ist sehr wechselnd und verschwindet schnell aus dem Gedächtnis des Kranken. Manche Angabe wird sofort von ihm als „unrichtig" korrigiert.

12. 7. 08. Er hat nachts über geschlafen und ist heute zeitlich und örtlich orientiert, zeigt Krankheitseinsicht. Keine weiteren Halluzinationen. Pat. gibt heute an, daß die Stimme seiner Frau, die er aus dem fließenden Badewasser zu hören glaubte, wie auch das Erscheinen seines Kindes usw. Sinnestäuschungen gewesen wären. Befragt, ob die Mutter und die Schwiegereltern denn wirklich damals mit dem Sarge gekommen wären, antwortet er, „es ist möglich".

16. 7. 08. Er zweifelt heute schon daran, daß die Mutter und die Schwiegereltern mit dem Sarge gekommen wären, doch beschuldigt er noch immer seine Frau der Untreue. Die Stimmung hypomanisch, heiter.

15. 8. 08. Pat. benimmt sich sehr kindisch und albern, ist unmotiviert ustig, kümmert sich um nichts, ißt und schläft sehr gut.

4. 9. 08. Der Kranke entwich heute aus der Anstalt, indem er über den Zaun kletterte und fortlief. Die Stimmung blieb hypomanisch bis zum letzten Tage.

Im ersten Falle wurde von der Ehefrau des Pat., im zweiten vom Pfleger genau beobachtet, soweit aus den äußeren Zeichen der Schlaf festgestellt werden konnte, daß der Kranke schlief. In beiden Fällen wurden gleich nach dem Erwachen die geschilderten Wahnideen geäußert, die den gedanklichen Inhalt des Deliriums der Kranken zum Teil ausmachte, und wir glauben deswegen behaupten zu können, daß diese wahnhaften Vorstellungen dem Traume entstammten.

Wie es gewöhnlich beim Delirium tremens der Fall ist, hat die Krankheit eingesetzt mit den krankhaften Erlebnissen im Traume. Der Inhalt der Träume war durch Lebhaftigkeit und große Schreckhaftigkeit ausgezeichnet. Die Wahnideen, die sich daran angeschlossen hatten, behielten denselben Charakter und waren hauptsächlich Gesehenes und nicht Gehörtes. Letzteres ist wohl erklärlich, wenn man den optischen Charakter der Träume, aus dem sie stammten, ins Auge faßt, die ja hauptsächlich in Bildern ablaufen. Endlich scheint uns folgendes erwähnenswert: Im Gegensatze zu den Wahnideen halluzinatorischen oder konfabulatorischen Ursprungs, die schnell wechseln oder verblassen, zeigten die aus dem Traum stammenden Wahnideen eine große Nachhaltigkeit und beherrschten das ganze Krankheitsbild, eine Eigenschaft, die, wie wir wissen, bis jetzt nur dem Beschäftigungsdelirium zugeschrieben worden ist.

In beiden Fällen sind die Kranken, wie aus der Katamnese hervorgeht, noch nicht wieder gesund geworden. Der akuten Krankheit schloß sich ein chronischer, paranoischer Zustand mit Beziehungswahn an. Das geringe Krankenmaterial erlaubt uns nicht, die sich uns aufdrängende Hypothese einer ungünstigen Prognose ähnlicher Wahnideen auszusprechen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Bibliographie.

Emil Kraepelin: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Achte vollständig umgearbeitete Auflage. I. Bd.: Allgemeine Psychiatrie. Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1909. M. 18,50.

Die folgende Besprechung der achten Auflage des ersten Bandes setzt voraus, daß der Leser die letzte (siebente) Auflage des Buches kennt. Es handelt sich hier nicht um eine prinzipielle Würdigung der Kraepelin'schen Lehren, sondern um eine Darlegung dessen, was die neue Auflage Neues bringt.

Mit unermüdlicher Arbeitskraft ist der Verf. bestrebt, sein psychiatrisches Lehrgebäude immer weiter auszubauen, vor allem die wachsende eigene Erfahrung nicht bloß für die spezielle Krankheitslehre, sondern auch für die allgemeine Psychopathologie zu verwerten. Kraepelin gehört zu den selbständigen und eigenartigen Forschern, die nur zögernd darangehen, die Erfahrungen anderer zur Grundlage der eigenen Lehren zu machen. Sein Lehrbuch ist nie eine Zusammenstellung des landläufigen Wissens gewesen, sondern immer der Ausdruck seiner eigenen Erfahrung. Da aber die Erfahrung des Einzelnen naturgemäß erst nach langen Jahren eine umfassende wird, so ergab sich mit einer gewissen Notwendigkeit daraus, daß das Lehrbuch von Auflage zu Auflage erhebliche Änderungen und Erweiterungen erfahren mußte. Eine kurzsichtige Denkweise hat dem Autor daraus einen Vorwurf gemacht, wie es ja immer wunderliche Gelehrte gibt, die ihren besonderen Stolz darein setzen, daß sie nie etwas von dem zurückzunehmen brauchen, was sie einstens gesagt haben. Es sind das freilich meistens Naturen, die nie viel eigenes zu sagen hatten. Unsere Praktiker stöhnen bisweilen darüber, daß sie mit „jedem neuen Kraepelin" wieder umlernen sollen. Ich hoffe, das Umlernen wird ihnen auch diesmal nicht erspart bleiben.

Freilich, der vorliegende erste Teil des Lehrbuches stellt in dieser Hinsicht weniger Zumutungen als voraussichtlich der (in Vorbereitung befindliche) zweite. Dieser erste Teil, die allgemeine Psychopathologie, ist zwar erheblich erweitert worden, zeigt aber kaum prinzipielle Neuaufstellungen. Seine Ergänzungen sind zum großen Teile didaktischen Inhaltes. Hierher rechne ich namentlich die beigegebenen Abbildungen, Diagramme und die Einschalttafel. Von den Abbildungen sind leider manche etwas zu klein geworden. Das Kaulbach'sche „Narrenhaus" verliert in der Verkleinerung viel von seinem prächtigen Detail. Ähnliches gilt von der Ansicht von Gabersee. Das Kinematogramm der Pupillenreaktion ist nicht scharf genug. Die Bilder aus dem Innern der Münchner Klinik lassen nicht ahnen, wie hell und freundlich die Räume sind. Dagegen sind die Diagramme anschaulich und lehrreich.

Die Gruppierung des ganzen Stoffes ist in den Grundlinien die gleiche geblieben. Der vierte Abschnitt (die Erkennung des Irreseins) hat ein ganz neues Kapitel erhalten: die Diagnose. Dieses Kapitel ist bei aller Kürze von großem didaktischen Werte. Es gibt gewissermaßen in nuce einen Überblick über die geschichtliche Entwicklung der wichtigsten Einteilungsprinzipien in den letzten 30 Jahren. Die scharfe Trennung in Zustandsbilder und Krankheitsvorgänge, die auch heute noch nicht allerorten begriffen wird, ist hier in ihrer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ganzen Bedeutung für die klinische Forschung dargelegt; daß dabei manches zur Sprache kommt, was später im speziellen Teil genauer wird erörtert werden, hat nichts zu sagen; gewisse Wiederholungen sind ja, wenn allgemeine und spezielle Psychiatrie als große Gebiete scharf getrennt werden, nicht ganz zu vermeiden. Das Kapitel enthält auch schon einzelne Andeutungen, was wir im zweiten Teile bei der Systematik werden Neues zu gewärtigen haben (Melancholie nur noch ein Zustandsbild, chronische halluzinatorische Psychosen als selbständige Krankheitsformen usw.). Mit dem allerdings nur kurzen Kapitel über die Diagnose der Lokalisation der Psychosen sehen wir Kraepelin ganz vorsichtig einen Weg betreten, dessen Beschreitung er noch vor wenigen Jahren wohl selbst kaum für möglich gehalten haben dürfte. Daß er auch der Frage der kombinierten Psychosen einige Ausführungen widmet, ist sehr dankenswert, zumal gerade hier die Anschauungen mancher Autoren nicht befriedigend sind.

Der Abschnitt über die Erkennung des Irreseins zeigt, abgesehen von dem eben erwähnten neuen Kapitel über die Diagnose, vielfache Änderungen und namentlich Erweiterungen, so daß er von 45 Seiten auf 84 Seiten angeschwollen ist. Bei der Erörterung der Krankenuntersuchung ist einiges ganz neu eingefügt, so die moderne methodische Pupillenprüfung (Bumke, Weiler usw.), die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit, die serologischen Untersuchungen nach Wassermann und Plaut. Bei der Zusammenstellung der bisherigen Ergebnisse der Blutdruckmessungen ist eine frühere Angabe (Steigerung des Blutdruckes bei Depressionszuständen, Abnahme in manischen Phasen) dahin geändert worden, daß beim manisch-depressiven Irresein im allgemeinen der Blutdruck gesteigert sei. Die methodische Prüfung des psychischen Zustandes wird weit eingehender als früher dargestellt; die experimentellen Arbeiten von Heilbronner, Ranschburg, Finckh, Henneberg, Freud, Bleuler, Jung und Riklin u. a. erfahren eine Schilderung bzw. kritische Beleuchtung. Den Assoziationsexperimenten der Züricher Schule und der Freud'schen Psychoanalyse steht Kraepelin im ganzen noch kühl gegenüber; er erkennt zwar ihre Berechtigung an, zweifelt aber an der durchgängigen Richtigkeit der ihm oft gekünstelt erscheinenden Deutungsversuche. Dieses Urteil wiegt um so schwerer, als Kraepelin zu den Forschern gehört, denen man ein Nichtvertrautsein mit dem Assoziationsexperiment nicht vorwerfen kann. Sind ja doch von ihm und unter seiner Leitung wohl die ersten umfangreichen Assoziationsversuche an Kranken angestellt worden. Die experimentelle Analyse psychomotorischer Vorgänge (Ergograph, Phonograph, psychogalvanisches Reflexphänomen, Phonetik der Sprache) wird ebenfalls detaillierter als früher erläutert.

In den Darlegungen des Leichenbefundes als eines Mittels zur Erkennung des Irreseins ist manches neu hereingezogen worden; anderes hat eine veränderte Fassung erhalten. Die Bestrebungen der Rieger'schen Schule, mittels der Wage der Pathologie des Gehirnes bei den Psychosen beizukommen, erfahren eine wohlwollende Besprechung; in der Würdigung der Histopathologie der Hirnrinde steht Kraepelin wie begreiflich auf dem Standpunkte seiner beiden langjährigen Mitarbeiter Nißl und Alzheimer.

Eine wesentliche Veränderung weist der Abschnitt über die Lokalisation der psychischen Störungen auf. Hier waren die schönen und erfolgreichen Arbeiten hirnanatomischer Forscher, namentlich Liepmann's und Brodmann's, eingehender als bisher zu berücksichtigen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Für die wichtigste Änderung in der neuen Auflage halte ich aber die Neufassung des Kapitels über die Ursachen der Psychosen, namentlich die allgemeine und persönliche Prädisposition. Die Ausführungen über Entartung und persönliche Eigenart gehören bei aller Kürze wohl zum Besten, was über diese Probleme geschrieben worden ist. Hier kommt Kraepelin's glänzende Schilderungsart psychologischer Entwicklungen besonders zur Geltung. Nicht ganz kann ich mich damit einverstanden erklären, wenn Kraepelin sagt, daß bei arteriosklerotischen und senilen Psychosen die Wesensart der ursprünglichen Persönlichkeit ähnlich wie bei der Paralyse ganz hinter dem Krankheitsvorgange zurücktritt. Das gilt doch wohl nur für die schwersten Formen mit umfangreichen Ausfallssymptomen, während bei leichteren Formen die Grundzüge der Persönlichkeit oft in verzerrter Gestalt hervortreten (hypochondrischer Egoismus, engherziger Geiz, sinnliche Genußsucht, Pedanterie usw.). In dem Abschnitt über die allgemeine Prädisposition finden wir manches Neue, das als erster Ansatz einer vergleichenden Psychiatrie der Völker und Rassen gelten kann. Das ist ja bekanntlich ein Gebiet, dem Kraepelin in den letzten Jahren seine Aufmerksamkeit zugewandt hat. Gegen die Vergleichung der Heidelberger und der Münchner Krankheitsformen sind wohl manche Bedenken zu erheben, die dem Autor natürlich nicht fremd sind (andere Aufnahmebedingungen, größere Leichtigkeit der Zuführung zur Klinik bei transitorischen Psychosen der Psychopathen und Hysteriker u. a.). Daß aber Kraepelin trotzdem im wesentlichen recht haben dürfte, geht mir aus dem Vergleich des Münchner Materials mit dem Tübinger hervor; beide Kliniken zeichnen sich durch das gleiche Fehlen aller Aufnahmeformalitäten aus und doch besteht auch hier der von dem Verf. geschilderte Unterschied zwischen Stadt und Land zu Recht. Der Schluß des Buches, der von der Irrenanstalt als dem wichtigsten Heilmittel der Geisteskrankheiten handelt, hat gegen früher eine erhebliche Ausdehnung erfahren und ist durch zahlreiche Abbildungen in glücklicher Weise veranschaulicht worden. Auch sonst ist der Abschnitt über die Behandlung des Irreseins an vielen Stellen erweitert (einleuchtende Ausführungen über die Willenserziehung als Vorbeugungsmittel, S. 549 ff.; eingehende Schilderungen der Einrichtungen für Dauerbäder und ihrer Wirkungen, S. 578 ff.; des Einflusses von Luft und Sonne, S. 589; Kritik der Freud'schen therapeutischen Psychoanalyse, S. 612).

Zum Schluß noch eine kleine Bitte an den Verf. Er zitiert das von mir herausgegebene „Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie" bald als „Zentralblatt für Nervenheilkunde", bald als „Zentralblatt für Psychiatrie". Vielleicht kann diese den Ausländer verwirrende Ungleichmäßigkeit künftig beseitigt werden. Gaupp.

Privatdozent Dr. Friedrich v. Sölder: Der Regierungsentwurf eines Entmündigungsgesetzes. Separatabdruck aus den „Jahrbüchern für Psychiatrie und Neurologie". XXIX. Bd. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1909.

Prof. Ernst Schultze (Greifswald): Kritische Bemerkungen zum österreichischen Entwurf des Gesetzes über die Entmündigung. Sonderabdruck aus der Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 1909.

Beide Arbeiten üben eine ziemlich scharfe und leider nur allzu berechtigte Kritik an dem neuen österreichischen Entwurfe eines Entmündigungsgesetzes.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das ganze Gesetz ist offenbar von der Rücksicht auf sattsam bekannte Laienmeinungen und Laienbefürchtungen diktiert worden. Von einem Schutze des Publikums vor Schädigungen durch Geisteskranke ist ebensowenig die Rede wie von einer zweckentsprechenden Irrenfürsorge selbst. Statt dessen zieht sich wie ein roter Faden das Mißtrauen gegen die Irrenärzte, ihr Wissen und ihre Integrität durch das Gesetz, und seine Absicht zielt außer auf den Rechtsschutz der Geisteskranken vor allem auch auf den Schutz vor ungerechtfertigten Rechtsbeschränkungen unter dem Titel der Geistesstörung.

Von Einzelheiten seien als Verbesserungen des bestehenden Zustandes erwähnt: die Einführung einer beschränkten Entmündigung nach deutschem Muster, die Zulassung der vollen Entmündigung bei Minderjährigen, die Ermöglichung einer sechswöchigen Anstaltsbeobachtung, die vorläufige Kuratel. Für die zwei Grade der Entmündigung ist entscheidend: die „Unfähigkeit des zu Entmündigenden, seine Angelegenheiten selber zu besorgen" für die volle, und das „Bedürfnis eines Beistandes zur gehörigen Besorgung seiner Angelegenheiten" für die beschränkte Entmündigung. Die Mißverständnisse, zu denen im deutschen B.G.B. die Begriffe Geisteskrankheit und Geistesschwäche Veranlassung gegeben haben, werden hier also vermieden. Die beiden Ausdrücke sind im österreichischen Entwurf als rechtlich gleichwertig nebeneinander gebracht, merkwürdigerweise aber nicht konsequent an allen Stellen, so daß, wenn hier nicht noch eine Redaktion stattfindet, doch wieder Unzuträglichkeiten entstehen müssen. In einen wohl kaum berechtigten Gegensatz zum deutschen B.G.B. stellt sich der Entwurf hinsichtlich der Testierfähigkeit, die durch die Entmündigung an sich nicht aufgehoben werden soll; testierfähig soll sein, wer „bei voller Besonnenheit ist". Ebensowenig zu loben ist eine andere Abweichung vom B.G.B.: die Vorschrift, daß die erfolgte Entmündigung bekannt gegeben werden muß.

Ganz unzweckmäßig ist das Entmündigungsverfahren geregelt. Die Entmündigung soll nach dem Entwurfe von Amts wegen oder auf Antrag erfolgen. Das Antragsrecht kommt der Sippe oder dem gesetzlichen Vertreter und dem Rechtsanwalt nur dann zu, wenn der Kranke zur Besorgung seiner Angelegenheiten unfähig und zugleich gemeingefährlich ist. Über die Entmündigungen entscheidet das Bezirksgericht. Durch „Einspruch" (seitens des Kranken oder seines Vertrauensmannes) gegen die Durchführung des Entmündigungsverfahrens vor dem Bezirksgericht kann jeden Augenblick mit der weiteren Erledigung des Verfahrens der Gerichtshof erster Instanz befaßt werden. Dieser entscheidet nach mündlicher, öffentlicher, kontradiktorischer Verhandlung. Er besteht aus drei Richtern und zwei Laien. „Nicht die Sachkenntnis" (?) macht „die Beiziehung von Laien wünschenswert, sondern deren Unbefangenheit und die in ihrer Teilnahme an der Verhandlung und Entscheidung liegende Garantie gegen den Einfluß der Routine, die leicht zu gleichmäßiger Behandlung ungleichmäßiger Fälle führen kann". Neu ist daran, daß sich das Mißtrauen des Gesetzgebers nicht bloß gegen die Sachverständigen, sondern auch gegen die Berufsrichter wendet.

Was die Sachverständigen angeht, so soll (statt der bisher vorgeschriebenen beiden) jetzt in der Regel nur ein Arzt zugezogen werden. Ein zweiter Sachverständiger soll nur dann in Anspruch genommen werden, wenn der Untersuchte, sein Vertrauensmann oder Bevollmächtigter es verlangt und wenn sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Fall vor oder während der Untersuchung als zweifelhaft darstellt. Nach der ganzen Tendenz des Gesetzes ist der Grund dieser Änderung wohl in der Auffassung zu sehen, daß die psychiatrische Untersuchung einen relativ weniger wichtigen Teil des Verfahrens bilde. „Um den Verdacht der Parteilichkeit auszuschließen", schließt § 23 die Verwendung von Anstaltsärzten als Sachverständige über Pfleglinge derselben Anstalt aus. Die Sachverständigen sollen „erfahrene Ärzte" sein, eine psychiatrische Ausbildung brauchen sie offenbar nicht grundsätzlich zu besitzen. Warum schließlich im Schlußsatz des § 22 noch der selbstverständliche Rechtsgrundsatz ausdrücklich wiederholt ist: „Das Gutachten des Sachverständigen ist für das Gericht nicht bindend", bleibt unaufgeklärt. Ob v. Sölder und E. Schultze Recht haben, daß damit die Bedeutung des Sachverständigengutachtens noch einmal eigens herabgesetzt werden soll, mag dahingestellt bleiben. — Die negative Entscheidung, die Ablehnung der Entmündigung, ist an die Anhörung von Sachverständigen nicht gebunden.

Jede Person, die entmündigt werden soll, ist durch den Richter persönlich zu vernehmen, sofern nicht die Vernehmung unausführbar oder mit einem Nachteil für den Gesundheitszustand verknüpft ist.

Eine völlig neue, anscheinend ohne jedes Vorbild geschaffene Einrichtung ist die des Vertrauensmannes (§ 35), den sich der zu Entmündigende zur Wahrung seiner Rechte bestellen kann. „Die Originalität dürfte wohl der einzige Vorzug sein, die dieser Institution anhaftet," meint v. Sölder, und man wird ihm wohl zustimmen müssen. Der Vertrauensmann wird von dem zu Entmündigenden ohne jede Formalität bestellt, besitzt die weitgehendsten Rechte einer Partei, bedarf jedoch keinerlei Qualifikation und hat keine nennenswerten Pflichten. Er „ist zu allen Untersuchungen und Vernehmungen zu laden. Er ist befugt, bei diesen Verhandlungen anwesend zu sein, Sachverständige abzulehnen, Fragen an Sachverständige, Zeugen und Auskunftspersonen zu stellen, ihm wichtig scheinende Punkte für die Untersuchung zu bezeichnen und Anträge zu stellen, ferner in die Akten Einsicht zu nehmen und Abschrift zu erheben." Der Vertrauensmann bedarf im Gegensatz zum Bevollmächtigten keiner Vollmacht: „die Ausführungen des Entwurfs rechnen wunderbarerweise geradezu mit der Möglichkeit, daß der zu Entmündigende keine Vollmacht aus ‚Mißtrauen, einer häufigen Begleiterscheinung gewisser Geisteskrankheiten' geben will. Dann kann man aber doch nicht mehr von einem Vertrauensmann reden. Der Entwurf räumt dem Vertrauensmann die Stellung eines Verteidigers ein, ohne die geringsten Anforderungen an seine Qualifikation zu stellen; und es besteht nicht die mindeste Gewähr, daß der Vertrauensmann sachlich, unparteiisch und taktvoll vorgeht. Der zu Entmündigende kann jeden Beliebigen zum Vertrauensmann ernennen, absetzen, durch einen neuen Vertrauensmann ersetzen, und wenn jeder Vertrauensmann gewissenhaft die Aufträge des zu Entmündigenden erfüllt (Ablehnung des Sachverständigen!) so mag man sich vorstellen, welche unnötigen Verschleppungen und Verteuerungen das Verfahren dadurch erleidet." (E. Schultze.)

Eine Pflegschaft im Sinne des deutschen B.G.B. sieht der Entwurf nicht vor — leider, kann man nach den bei uns gemachten günstigen Erfahrungen wohl nur sagen.

Neu ist für Österreich der Vorschlag einer (beschränkten) Entmündigung wegen Trunksucht. Sie kann einer volljährigen Person gegenüber aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesprochen werden, die „infolge von gewohnheitsmäßigem Mißbrauch von Alkohol (Trunksucht) oder von Nervengiften sich oder ihre Familie der Gefahr des Notstandes preisgibt oder die Sicherheit anderer gefährdet oder eines Beistandes zur gehörigen Besorgung ihrer Angelegenheiten bedarf". Der Paragraph könnte also auch Morphinisten und Kokainisten gegenüber angewandt werden. Zu bedauern ist (wie in Deutschland) das Fehlen des Antragsrechtes der Staatsanwaltschaft, das fortgelassen ist, weil es „leicht zu Befürchtungen wegen vexatorischer Handhabung des Gesetzes oder einer nicht begründeten Einmengung in private Verhältnisse Anlaß geben könnte". — Das Gericht kann die Beschlußfassung über die Entmündigung wegen Trunksucht aufschieben, wenn sich der zu Entmündigende „für eine vom Gericht bestimmte Zeit von wenigstens sechs und höchstens zwölf Monaten in einer vom Gericht .... bestimmten Entwöhnungsanstalt" einer Heilbehandlung unterzieht. Nach Ablauf dieser Frist ist über den Antrag zu entscheiden — merkwürdigerweise ohne daß die Anhörung eines Sachverständigen vorgeschrieben wäre.

Von besonderem Interesse sind wegen ihrer prinzipiellen Neuheit die Bestimmungen, die eine ungerechtfertigte Zurückhaltung eines Geistesgestörten in einer Anstalt verhüten sollen. Die Aufnahme eines jeden Geisteskranken, der „nicht ausschließlich auf eigenes Verlangen" (?) aufgenommen ist, muß von dem Leiter der Anstalt innerhalb 24 Stunden dem zuständigen Bezirksgericht angezeigt werden. Das Bezirksgericht hat in der Regel innerhalb drei Wochen nach der Aufnahme des Kranken „darüber zu entscheiden, ob die weitere Anhaltung des Aufgenommenen in der Anstalt zulässig ist". Der mit der Untersuchung betraute Einzelrichter hat den Angehaltenen unter allen Umständen persönlich zu vernehmen. Der „Entscheidung hat eine Untersuchung des Kranken durch einen oder zwei Sachverständige unter Leitung des zur Entscheidung berufenen Einzelrichters des Bezirksgerichts vorauszugehen". Die Anstaltsärzte sind als Sachverständige grundsätzlich ausgeschlossen, ja, die Sachverständigen dürfen nicht einmal mit dem Eigentümer oder leitenden Arzt der Anstalt, also auch der öffentlichen Anstalt, in bestimmtem, nicht einmal sehr nahem Grad verwandt sein. Ein Beweis des Mißtrauens, der unterstrichen zu werden verdient! „Zu Sachverständigen sind erfahrene Ärzte, und zwar nach Möglichkeit (?) solche zu bestellen, die über psychiatrische Bildung und Erfahrung verfügen." Die oben erwähnten Bestimmungen hinsichtlich des Vertrauensmannes gelten auch für die Entscheidung über die Zulässigkeit der Anstaltsverwahrung.

E. Schultze schließt seine Kritik mit folgenden Worten, denen man wohl bedingungslos zustimmen muß: „Auch der vorliegende Entwurf beweist einwandsfrei, wie ungemein schwer es ist, ein Irrengesetz zu erlassen, das billigen Anforderungen aller beteiligten Parteien gerecht wird, und die Lösung dieser Aufgabe wird dadurch noch erheblich schwieriger, als über die Annahme des Entwurfs das Parlament zu entscheiden hat, von dem auch nicht allzuviel Verständnis für die verwickelten Aufgaben eines Irrengesetzes erwartet werden kann. Nach der Durcharbeitung des hier kritisch besprochenen Entwurfs stehe ich nicht allein mit dem Wunsche, daß uns in Deutschland in absehbarer Zeit noch kein Irrengesetz beschert werden möge." Bumke (Freiburg i. B.).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Referate und Kritiken.

Psychiatrie.

Cramer (Göttingen): Die Ursachen der Nervosität und ihre Bekämpfung.

(Med. Klinik, 1909, Nr. 21/22.)

Der Artikel gibt den bekannten Vortrag von der vorjährigen Wiesbadener Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege wieder. Die Nervosität wird definiert als „ein mit einer Störung der allgemeinen harmonischen geistigen Leistungsfähigkeit des Gehirns einhergehender Umstand, welcher in einer gewissen Insuffizienz zum Ausdruck kommt und ein mehr oder weniger stark ausgeprägtes subjektives Krankheitsgefühl mit sich bringt". Zur Entstehung wirken immer mehrere Ursachen mit. Die Widerstandsfähigkeit gegen exogene Schädigungen ist außerordentlich variabel. Besonders disponiert degenerative Veranlagung. In prägnanter Form werden nun alle exogenen Faktoren behandelt, die eine Nervosität auslösen können, besonders auch in der Zeit der Kindheit (verkehrte Erziehung). Die Wirkung der Schädlichkeiten ist auf Störung des normalen Biotonus der Neurone zurückzuführen, welche auf Grund ihrer angeborenen geringen Widerstandsfähigkeit der Erschöpfung anheimfallen. Die Bekämpfung der Nervosität muß nach Cramer zunächst davon absehen, durch rassenhygienische Bestrebungen (ev. mit gesetzgeberischen Maßnahmen betreffs Heirat usw.) die endogene Disposition beseitigen zu wollen. Desto mehr können wir den exogenen Schädlichkeiten wirksam entgegentreten. Es muß dafür Sorge getragen werden, daß die Menschen im schweren Kampf ums Dasein genügende Erholung und Ruhe finden. In der Unfallversicherung muß dem krankmachenden Kampf um die Rente vorgebeugt werden. Der furchtbare Lärm der größeren Städte muß durch gesetzliche Maßnahmen gemindert werden. Den Schädlichkeiten des Sexualverkehrs kann durch Aufklärung entgegengewirkt werden. Bei bestehender Nervosität bieten klimatische Kurorte und Sanatorien Gelegenheit zur Besserung und Heilung. Volkshygienisch wichtig ist die möglichst umfangreiche Schaffung von Volksheilstätten für Nervenkranke. Der Aufsatz, der hier nur kurz skizziert werden kann, kann nur wärmstens zur Lektüre empfohlen werden.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Flatau (Berlin): Die psychischen Erkrankungen der Schulkinder.

(Med. Klinik, 1909, Nr. 23/24.)

Im schulpflichtigen Alter kann man alle Formen psychischer Erkrankung beobachten. Dabei kann diese unabhängig von der Schule entstehen oder in ihrer Entwicklung durch deren Anforderungen befördert werden, oder aber auch in der Hauptsache auf Schädigungen durch den Schulbetrieb zurückgehen. Bei der Chorea werden öfter psychische Störungen, insbesondere auf affektivem Gebiete, beobachtet, ohne daß gewöhnlich sich eine echte Psychose entwickelt. Bekannt ist der bisweilen verhängnisvolle Einfluß choreatischer Schulkinder auf ihre Mitschüler durch Übertragung der Krankheitssymptome. Neurasthenie und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hysterie bestehen oft schon vor dem Schuleintritt und werden nun unter den veränderten Verhältnissen manifest. Auch hier äußern sich die Krankheiten besonders auf affektivem Gebiete. Dieses Moment muß bei der Beurteilung von Schülerselbstmorden, für die heute meist die Schule bzw. die Lehrer verantwortlich gemacht werden, berücksichtigt werden. Für hysterische Bewußtseinsstörungen werden mehrere lehrreiche Beispiele eigener Beobachtung angeführt, die auch differentialdiagnostisch interessant sind. Die Epilepsie kann in der Schule zum ersten Male in die Erscheinung treten und durch sie ungünstig beeinflußt werden, z. B. durch zu große Ansprüche an das Kind, während Verpflanzung in eine Lehranstalt mit geringeren Zielen günstig wirken kann. Leichte Attacken können zuerst übersehen oder mißdeutet werden. Fällen, wo bald auffallender Rückgang der geistigen Kräfte zu beobachten ist, stehen andere mit besonders guten Leistungen gegenüber. — Während völlige Idiotie naturgemäß nicht angetroffen wird, sind Imbezillität und Debilität praktisch wichtig. Leichtere Grade werden bisweilen erst bei erhöhten Anforderungen bemerkt. Die Debilen neigen besonders zu unmoralischen Handlungen, Gewalttätigkeiten, sexuellen Verirrungen, und stellen das Hauptkontingent für die „moral insanity". Dementia praecox kommt natürlich wegen der frühzeitigeren Entlassung in Volksschulen seltener zur Beobachtung, als in höheren Lehranstalten, wo sie ja bekanntlich leider immer noch verkannt wird, eventuell bis der Betroffene auf der Universität völlig zusammenbricht. Manie und Melancholie, bisweilen in zyklischem Verlaufe, kommen vor; letztere führt mitunter zum Suizid. Im Anschluß an die Besprechung der einzelnen Krankheiten wird dann der Schülerselbstmord eingehend besprochen. Es geht daraus hervor, wie vorsichtig man in der Annahme einer Schuld des Schulbetriebs, des Lernsystems, der Lehrer sein muß. Denn meistens haben die Selbstmorde, soweit sie nicht auf Furcht vor Strafe zurückzuführen sind, ihren Grund darin, daß man an die Kinder Anforderungen stellt, denen ihre Veranlagung nicht entspricht, oder daß die häusliche Erziehung verkehrt ist. Liebetrau (Hagen i. W.).

Max Sichel (Frankfurt a. M.): Über die Geistesstörungen bei den Juden. (Neurol. Zentralbl., 1908, S. 351—367.)

Der bekannten weitverbreiteten Ansicht, daß die Geistesstörungen bei den Juden häufiger seien als in der umgebenden nichtjüdischen Bevölkerung, setzt S. seine Statistik aus der städtischen Irrenanstalt Frankfurt a. M. entgegen, die wegen der sehr großen Judengemeinde Frankfurt a. M. und der freien Aufnahmebedingungen günstige Verhältnisse für solche Untersuchungen bietet. Im Jahre 1906 und 1907 waren unter den (1953) Aufnahmen 4,7 % der Männer und 10,6 % der Frauen, im ganzen 6,5 %, Juden (von 1897—1905 7,3 %), während diese ca. 6,8 % der Bevölkerung bildeten. Sieht man aber von den alkoholischen Geistesstörungen ab, die bei den Juden so gut wie gar nicht vorkommen, so waren ca. 9,2 % der Aufnahmen (7,6 % Männer, 11,5 % Frauen) Juden. Auf 10000 Juden treffen 22, auf 10000 Nichtjuden 21 Geisteskranke. Von 1897—1905 waren die entsprechenden Zahlen 16 und 18. Im allgemeinen entspricht also die Zahl der jüdischen Geisteskranken ihrem prozentualen Anteil an der Bevölkerung. Dem Geschlecht nach waren 51 % Männer und 49 % Frauen, unter den Nichtjuden aber 72 % Männer und 28 % Frauen (mit Fortlassung der Alkoholisten bei den Juden je 50 %, bei den Nichtjuden 61 %

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bzw. 59 %). Die Juden überwiegen besonders beim manisch-depressiven Irresein (11,7 % gegen 2,7 % bei Nichtjuden), bei Imbezillität, Idiotie (11,7 % gegen 5,3 %), bei Dem. praecox (28,1 % gegen 16,6 %), dann auch noch, wenn auch nicht so stark, bei Paralyse (12,5 % gegen 8,3 %) und Hysterie (10,5 % gegen 6,1 %), während sie den Nichtjuden beim Alkoholismus (1,5 % gegen 32 %) und bei Epilepsie (7,8 % gegen 14 %) bedeutend nachstehen. Für die Jahre 1897—1905 sind die Zahlen beim manisch-depressiven Irresein 23,3 % gegen 5,8 %, bei Paralyse 12,9 % gegen 9,9 %, bei Alkoholismus 2,7 % gegen 29,2 %. Jedenfalls neigen die Juden zu den Psychosen mit zirkulärem Verlauf. Die allerdings verhältnismäßig geringen Zahlen der Juden beim Alkoholismus beweisen immerhin, daß ihre Immunität gegen alkoholische Psychosen im Schwinden begriffen ist. Unter den 10 jüdischen Epileptikern befand sich nur eine weibliche Kranke. Die im Gegensatz zu anderen Erfahrungen verhältnismäßig geringe Zahl der jüdischen Hysteriker erklärt sich nach S. daraus, daß die wenigsten Hysteriker in die Irrenanstalten kommen. Unter den 21 jüdischen Schwachsinnigen waren nur 2 Idioten, unter den männlichen Schwachsinnigen gehörten auffällig viel der Gruppe der moral insanity an. Die Psychosen des Seniums waren fast doppelt so häufig bei den Juden vertreten. Die Alkoholiker, Epileptiker, Hysteriker unter den Juden gehörten aber vorzugsweise den unbemittelten Ständen an, ebenso Imbezille und Idioten, während das zirkuläre Irresein vorzugsweise die besseren Stände betraf. Selbstmordversuche bzw. Selbstmorde waren bei 9 von den 128 Kranken verzeichnet, in 5 Fällen Selbstmord in der Aszendenz (bei den Nichtjuden ?). Erbliche Belastung wurde bei 43,7 % der Juden, bei 37,3 % (nach Abzug der Alkoholpsychosen bei 35,5 %) der Nichtjuden konstatiert, und zwar (wiederum nach Abzug der Alkoholpsychosen) bei 33,5 % Männern, 52,3 % Frauen bzw. 32,4 % Männern, 40,3 % Frauen. Doch blieben die Zahlen nach S. weit hinter der Wirklichkeit zurück, da die Angaben hierüber bei den jüdischen Kranken höchst unzuverlässig sind. Unter den Juden waren 14,8 % (26,1 % Männer, 3,1 % Frauen) mit dem Strafgesetz in Konflickt gekommen, bei den Nichtjuden aber 42 % (54,4 % Männer, 14,2 % Frauen); von den vorbestraften Nichtjuden gehörten allein 60,8 % zur Gruppe der Alhoholisten; unter jüdischen die meisten der Gruppe der jugendlichen Schwachsinnigen. Bezüglich der klinischen Formen und der Prognose muß auf das Original verwiesen werden. Hoppe (Königsberg).

Witold Luniewski: Über die Ermüdbarkeit und Reizbarkeit der Tuberkulösen.

(Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. XII, Leipzig 1909.)

Verf. hat bei leicht und schweren Tuberkulösen die Ermüdbarkeit mit der Methode des fortlaufenden Rechnens und die Ablenkbarkeit bzw. Reizbarkeit untersucht. Bei der längeren Additionsarbeit blieben die schwer Tuberkulösen gegenüber den Leichtkranken zurück, und zwar um so mehr, je länger die Arbeit dauerte. Die Ablenkbarkeit war bei Schwerkranken bedeutend größer als bei Leichtkranken. Bei diesen wurde die Ablenkungs wirkung mit der Zeit größer, jene gewöhnten sich rascher daran. Die Zahl der Fehler nahm mit der Additionsarbeit ab. Die Abnahme der Fehler ging nicht parallel der Abnahme des Leistungszuwachses und entsprach nicht der Ermüdungsgröße.

G. Ilberg.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Skliar: Zur Psychopathologie und klinischen Stellung der Zwangszustände.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LXVI, 2.)

Das Studium der Literatur und der eigenen Kasuistik führt Verf. zu folgenden Schlüssen: Für die Zwangserscheinungen ist das Fehlen eines Affektes charakteristisch; es besteht bei den Kranken klares Bewußtsein, Krankheitseinsicht und Zwangsgefühl. Durch das Fehlen des Affektes unterscheiden sich die Zwangserscheinungen von den Triebhandlungen durch die Krankheitseinsicht von den Wahnideen. Das Zwangsgefühl stammt aus dem inneren Zwiespalt dadurch, daß bei klarem Bewußtsein mechanische Denkprozesse auftreten ohne affektive Grundlage. Die Wurzel der Zwangserscheinungen steckt aber doch ursprünglich im Gebiet der Gefühle; ein Affekt ruft bestimmte Vorgänge oder Handlungen hervor, die dann, während der Affekt wegfällt, beibehalten und wiederholt werden. Die Phobien sind von den Zwangszuständen zu trennen, sie stehen den Bewußtseinsstörungen der Psychopathen nahe. Die Zwangszustände stellen eine eigene Krankheitsform dar, welche in drei Unterabteilungen geschieden werden kann, in die Zwangshandlungen und -hemmungen, in Zwangsdenken und Zwangsaffekte. Chotzen.

Laban Wezel: Einige Worte betreffs der Benennung „manisch-depressives Irresein".

(Neurol. Zentralbl., 1908, S. 368.)

W. schlägt die Bezeichnung „manisch-melancholisches Irresein" an Stelle von „manisch-depressives Irresein" als sachgemäß vor. Hoppe (Königsberg).

Hermann: Über die klinische Bedeutung des physikalischen Verfolgungswahns.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LXVI, 2.)

Die Sejunktion kann alle Teile des psychischen Geschehens befallen, sowohl die psychosensorischen wie die intrapsychischen als psychomotorischen, und kann auf allen diesen Gebieten charakteristische Dissoziationen hervorrufen, die sich als Willensstörungen kund tun. Der Wahn äußerer Beeinflussung, der physikalische Verfolgungswahn ist eine Äußerung einer solchen Willensstörung, und zwar im Psychosensorischen, während sich die Willensstörung im Intrapsychischen als Gedankenabzug oder -eingebung, Hypnotisierung, Apathie, Sprachverwirrtheit, Zerfahrenheit äußert, im Psychomotorischen in den bekannten katatonischen Symptomen. Indem die verschiedenen Provinzen verschieden betroffen werden, entsteht die große Mannigfaltigkeit der Symptomenbilder der Dementia sejunctiva (Groß) = Dementia praecox; die gemeinsame Grundstörung aber gibt die Berechtigung, alle diese verschiedenen Formen zu einer Gruppe zu vereinen. Als Ausdruck einer Willensstörung ist also der physikalische Verfolgungswahn charakteristisch für Dementia praecox und gilt als Unterscheidungsmittel gegen die reine Paranoia. Chotzen.

Plaut und Fischer: Die Lues-Paralysefrage.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LXVI, 2.)

Referate auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, April 1909, s. Vereinsbericht in der ersten Julinummer dieses Zentralblatts 1909. Chotzen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ischikawa (Kyoto, Japan): Über eine der amaurotischen familiären Idiotie verwandte Krankheit mit histologischer Beschreibung.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, XLVII, 1909, S. 73—82. Bemerkung hierzu von Stock, ebenda, S. 83. Erwiderung von Ischikawa, S. 432—433.)

Verf. beschreibt einen Fall, welcher einen Übergang zwischen den bisher beschriebenen Formen zu bilden scheint und dem von Vogt beschriebenen gleicht. Er glaubt, daß zwischen der Tay-Sachs'schen Krankheit, den Fällen von Majou, dem obigen und dem von Vogt, ferner den von Stock beschriebenen bis zur Retinitis pigmentosa mit und ohne Idiotie klinisch ein Übergang und anatomisch nur ein gradueller Unterschied bestehe. Wahrscheinlich handelt es sich um verschiedene Formen derselben Krankheit. Stock betont demgegenüber, daß es sich um verschiedene Krankheiten handle. Bei der Tay-Sachs'schen Form tritt die Erblindung früh in ganz kurzer Zeit unter einem der Embolie der Zentralarterie der Netzhaut ähnlichen Bilde ein und die anatomische Untersuchung frischer Fälle zeige eine Zerstörung wohl nur der inneren Netzhautschichten. Bei der amaurotischen Idiotie setzt die Erkrankung erst zur Zeit der zweiten Dentition ein, die Sehstörung schreitet langsam fort und es tritt primär ein Zerfall der Neuroepithelien auf, während bei der gewöhnlichen Netzhautdegeneration alle nervösen Elemente der Retina gleichmäßig zugrunde gehen. Ischikawa hält in seiner Erwiderung die Unterschiede nicht für erheblich genug, um die Krankheiten scharf voneinander zu trennen. Er glaubt, diese verschiedenen Formen der primären Netzhautdegeneration seien durch dieselbe gemeinsame Ursache hervorgerufen, obwohl ihre klinischen und anatomischen Erscheinungen in einzelnen Punkten sich verschieden gestalten. Groenouw (Breslau).

B. E. Fryer und Jos. S. Lichtenberg (Kansas City Mo.): A case of amaurotic family idiocy.

(Ophthalmology, Bd. V, 1909, Nr. 3, S. 421.)

Auffallend ist an diesem Fall, der einen 21 Monate alten Knaben russisch-jüdischer, nicht blutsverwandter Eltern betraf, daß die gewöhnlich vorhandene weiße Veränderung mit zentralem dunklen Fleck in der Makula fehlte. Beide Papillen waren atrophisch und leicht exkaviert. Die Netzhautgefäße waren verengt und an Zahl vermindert. Es bestand völlige Amaurose und völlige Verblödung, daneben Unfähigkeit zu gehen, zu stehen und zu sitzen, auch der Kopf konnte nicht aufrecht gehalten werden. Die Erkrankung hatte im vierten Lebensmonat mit Bewegungsstörungen und offenbarem Verfall des Visus begonnen. Später traten heftige Krampfanfälle hinzu. Brons (Dortmund).

F. H. Verhoef (Boston): Amaurotic family idiocy: Histological examination of a case in which the eyes were removed immediately after death.

(Archives of Ophthalmology, Bd. XXXVIII, 1909, Nr. 2, S. 107.)

Klinisch war die Erkrankung des im Alter von drei Jahren gestorbenen Knaben absolut typisch. Außer ihm war noch ein zweites von den drei Kindern der gesunden (jüdischen) Eltern betroffen. Histologisch spielten sich die Veränderungen des Auges nur in der Ganglienzellenschicht der Retina und im Optikus ab. Die Ganglienzellen zeigten sich bis zur Ora serrata hin sämtlich degeneriert, normale Zellen waren überhaupt nicht vorhanden. Die vorge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schrittensten Stadien der Degeneration fanden sich in der Makula. Die leichtesten Grade der Degeneration äußerten sich als Blaufärbung des Zytoplasma und Schwinden der Nißl-Granula (Fixierung in Zenker, Färbung nach Mallory). Des weiteren vergrößerten sich die Zellen, sie wurden rund, das Zytoplasma wurde noch blauer und degenerierte hyalin. Der Nukleus schrumpft, während der Nukleolus teilweise überhaupt nicht mehr als solcher zu erkennen ist. Das retikuläre Netzwerk des Zytoplasma wird deutlich sichtbar, färbt sich rot und zeigt dunkle Punkte an den Kreuzungsstellen. Teilweise fließen die Zellen ineinander. Später ballt sich das Zytoplasma in einzelne Kugeln zusammen, gleichzeitig wird das Netzwerk wieder undeutlicher und es treten zwei oder drei runde, stark lichtbrechende Körper von glänzend oranger Färbung im Zytoplasma auf. Ähnliche Körper erscheinen auch im Chromatingeflecht des Nukleus. Ganz zuletzt schwindet die Zellmembran, das Zytoplasma stellt eine diffus bläulich oder rötlich gefärbte Masse dar, in der manchmal einige der eben beschriebenen Körperchen sichtbar sind. Der Kern zerfällt unter Verzerrung seiner Form und Vakuolenbildung. Der Optikus erschien nach der Marchi-Methode total degeneriert, in der Papille fand sich Vermehrung der Neurogliazellen. Im Gehirn, das erst 48 Stdn. p. m. in Formalin fixiert werden konnte, fanden sich im allgemeinen die gleichen Veränderungen wie in der Retina. In dem Kortex fanden sich überhaupt keine normalen Ganglienzellen, die Degeneration war allgemein weiter vorgeschritten, als in der Retina. Die stark lichtbrechenden Orange-Körperchen fehlten. Die Neuroglia war normal. Nach Marchi war in den Nervenzellen kein Fett nachzuweisen, dagegen fand sich solches in den Blutgefäßwänden der grauen Substanz. In der weißen Substanz waren massenhaft Fettkörnchenzellen. Hier fand sich auch eine vollständige Degeneration der Markscheiden. Brons (Dortmund).

W. R. Parker (Ann. Arbor., Mich.): The visual fields in hysteria; a clinical study of fifty cases.

(Papers to be presented before the section on Ophthalmology of the america medical Association, 1909, S. 19.)

Die Gesichtsfelder der untersuchten 50 Hysterischen zeigten am häufigsten Verschiebungen der Farbengrenzen, denen gegenüber die gewöhnlich am meisten betonte konzentrische Gesichtsfeldeinengung völlig in den Hintergrund trat. Ebenso war hyst. Amblyopie sehr selten. Irgendein Zusammenhang zwischen Anästhesien anderer Körperteile und Gesichtsfeldveränderungen fand sich nicht. Brons (Dortmund).

L. E. Bregman (Warschau): Über Totalanästhesie.

(Neurolog. Zentralbl., 1908, S. 498—507.)

Strümpell hat in einem Fall hysterischer Totalanästhesie, wo nur das linke Ohr und das rechte Auge noch Sinneseindrücke aufnahmen, beobachtet, daß nach Verschließung des rechten Auges und Verstopfung des rechten Ohres bald tiefer Schlaf eintrat, aus dem ein Erwachen nur durch Reize auf die Sinnesorgane möglich war. Ähnliche Fälle sind weiterhin von verschiedenen Autoren mitgeteilt worden. Nur in einem Fall von Pornier mit totaler Anästhesie der Haut und Schleimhäute sowie der Sinnesorgane exkl. der Augen und Ohren, fiel der Strümpell'sche Versuch negativ aus. Einen ähnlichen Fall teilt B.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit. Er betrifft ein 26jähriges Mädchen aus einer schwer belasteten Familie (Mutter und Schwester leiden an schweren hysterischen Anfällen, Vater nervös und lungenkrank), leidet seit dem zwölften Jahre an periodenweise auftretenden Anfällen von totaler Anästhesie der Haut und Schleimhäute und der inneren Organe, sowie des Geschmacks und Geruchs. Die Anfälle dauerten erst kürzere Zeit, später bis zu 8 und 13 Monaten mit im allgemeinen ähnlich langen Zwischenräumen. Bei den schwereren Anfällen sind auch Gesicht und Gehör stark beeinträchtigt, so daß sie die Menschen nicht erkennt und das Gehörte nicht versteht. Bei dem von B. beobachteten leichteren Anfall, der acht Monate dauerte, waren Gehör und Gesicht nicht wesentlich beeinträchtigt. Sie weiß jedoch nichts mit den Dingen anzufangen, sie findet keinen Gegenstand, auch wenn er direkt vor ihr liegt, beschäftigt sich hauptsächlich mit Lesen. Sie versteht das Gelesene ebenso, wie sie das Gespräch versteht, vergißt aber alles bald. Die gewöhnlichen Verrichtungen des Tages vollführt sie ohne jedes Gefühl, fast automatisch, aus Gewohnheit. Der Strümpell'sche Versuch fiel stets völlig negativ aus, auch wenn Augen und Ohren zwei Stunden lang verschlossen gehalten wurden.

Die Empfindungslosigkeit, die zum Teil auch Auge und Ohr betrifft, und darin zu bestehen scheint, daß die Sinnesreize wohl aufgenommen, aber nicht assimiliert werden, nicht ins Bewußtsein treten, bewirkte bei der Patientin eine starke Apathie und Depression, indem sie das Drückende ihres Zustandes empfindet. Die Behandlung führte keine Besserung herbei.

Hoppe (Königsberg).

Franz Jahnel (Prag): Ein Beitrag zur Geschichte des hysterischen Mutismus.

(Neurolog. Zentralbl., 1908, S. 512—517.)

J. fand zufällig in einem alten Buche „Magazin des Außerordentlichen in der Natur, der Kunst und im Menschenleben" von P. Bohrmann (Prag 1815) die Mitteilung eines Falles von intermittierendem Mutismus, der infolge eines Traumas im zehnten Lebensjahre entstanden, zuerst nur einen Augenblick, dann täglich länger, bis zu $^1/_2$ Stunde, bis zu 1 Stunde, dauerte, schließlich sich täglich auf 23 Stunden ausdehnte. So sprach der Mann über 50 Jahre täglich nur 1 Stunde, von 12—1 Uhr, mit Ausnahme von 2 Fieberanfällen und der letzten Zeit vor dem Tode. Hoppe (Königsberg).

Grasset: La névropathie psychosplanchnique (psychonévrose du vagosympathique).

(Journal Medical Francais, 1909, Nr. 3.)

Verf. versucht in die Neurosengruppe eine neue klinische Krankheitsform einzuführen, die eine typische Entwicklung und klar umrissene Symptomatologie habe und bisher mit der Hysterie oder Neurasthenie in einen Topf geworfen worden sei: die psychosplanchnische oder zerebroviszerale Neuropathie (névropathie psychosplanchnique ou cérébroviscérale). Die Symptome zerfallen in psychische und in nervös-viszerale; die psychischen kann man zusammenfassen als Pathophobie, die aber lediglich die Eingeweide zum Gegenstand hat und sich bald mehr auf Herz oder Lunge, bald mehr auf Magen und Darm erstreckt. Die viszeralen Symptome teilt Verf. in drei Hauptgruppen (symptômes digestifs,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

respiratoires, circulatoires); zur ersten und häufigsten gehört die nervöse Dyspepsie; dann Störungen der Darmsekretion, Verstopfung, oft im Wechsel mit Durchfall, Meteorismus u. a.; das wichtigste Symptom von seiten des Darmtraktus bildet die sog. Enteritis membranacea (entéronévrose, colopathie mucomembraneuse); eine große Rolle spielen die Schmerzempfindungen, die natürlich nach Lokalisation und Intensität eine bunte Mannigfaltigkeit aufweisen. Von seiten des Respirationsapparates bestehen: Gefühl unvollständiger Atmung, Tachypnöe, Anfälle von Asthma und Dyspnöe, trockener Husten, Gefühl von Zusammengeschnürtsein des Brustkorbs mit schmerzhaftem Atmen. Den größten, oft „dramatischen" Eindruck machen in vielen Fällen die Symptome von seiten des Zirkulationsapparates, die manchmal die schwersten Erscheinungen von Herzmuskelentartung vortäuschen können.

Die „névropathie psychosplanchnique" ist ein Krankheitsbild, das nach Grasset sowohl ganz selbständig, als auch in Verbindung mit Hysterie und Neurasthenie vorkommt; diese Koexistenz soll sogar ziemlich häufig sein.

Die Prognose hängt ausschließlich von dem psychischen Befund ab; je älter der zugrunde liegende abnorme Seelenzustand ist, desto ernster ist die Prognose; am ungünstigsten ist sie bei den angeborenen Entartungszuständen, am günstigsten bei erworbener Disposition. Die Behandlung richtet sich nach dem einzelnen Falle; in manchen Fällen müssen sogar richtige Herzmittel Anwendung finden; in der psychischen Behandlung, auf die es vor allem ankommt, sind Medikamente soviel als möglich zu vermeiden. Hauptsächlich wird Wasser- und elektrische Behandlung empfohlen; schwere Fälle bedürfen der Anstaltsbehandlung.

Probst (Eglfing).

P. Näcke (Hubertusburg): Die Diagnose der Homosexualität.

(Neurolog. Zentralbl., 1908, S. 338—351.)

N. versteht unter Homosexualität „jede Empfindung, die beim Anblick oder Berühren einer gleichgeschlechtlichen Person auftritt, mag sie nun zu irgendwelchen geschlechtlichen Betätigungen führen oder nicht". N. sucht nun durch eingehende Erörterungen nachzuweisen, daß es in concreto weder eine sichere objektive noch subjektive Diagnose für das Bestehen einer Homosexualität gibt, nur ein Wahrscheinlichkeitsbeweis lasse sich führen; je mehr die bekannten körperlichen und psychischen Zeichen sich vereinigt finden, um so wahrscheinlicher werde die Homosexualität. Am sichersten wird die Diagnose nach N. durch das Bestehen homosexueller Träume gestützt, deren unzweifelhafter Nachweis aber natürlich sehr schwer ist. Die Behauptung N.'s, daß die Homosexualität keine pathologische, krankhafte Erscheinung sei, sondern höchstens eine Anomalie, eine Varietät, vielleicht sogar eine normale Art der Libido (sic!) darstelle, und auch keine Entartung bedeute, wird wohl keine allgemeine Zustimmung finden. Dagegen gibt N. zu, daß sie eine Entwicklungshemmung sein könne; N. meint aber wohl Atavismus, da er dabei auf das phylogenetische Erscheinen der Homosexualität vor der Heterosexualität hinweist. Nach N. erbt sich die Homosexualität nur selten als solche fort, auch scheinen sie bei neuro- und psychopathische Individuen nicht häufiger zu sein als unter Normalen. Homosexuelle Akte, ohne daß Homosexualität s. str. vorliegt, sind heterosexuellem Fühlen entsprungen und als Laster oder sittliche Verfehlung anzusprechen. Das sind die sog. erworbenen Fälle von Homosexualität oder Pseudosexualität,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die nach N. eigentlich nur onanistische Akte darstellen; auch die Wüstlingshomosexualität ist meist eine unechte, wenn auch Fälle von echter Inversion möglich sind. Nur zur Pseudohomosexualität ist eine Verführung möglich. Nie aber kann nach N. durch Verführung, Onanie usw. ein heterosexuelles Fühlen in homosexuelles umgewandelt werden, ebensowenig hält N. die Umwandlung von homosexuellem Fühlen in heterosexuelles durch Suggestion usw. für möglich. Die griechische Knabenliebe ist vorzugsweise pseudohomosexueller Natur und nach den Untersuchungen des Philologen Bethe ist ihr Grundgedanke der, die Tüchtigkeit des Liebenden auf den Geliebten durch den Samen zu übertragen. Für die Diagnose der echten Homosexualität gehört nach N. ein besonderes Sachverständnis, das nach seiner Schätzung in Europa höchstens $^1/_2$ Dutzend Ärzte besitzen (? Ref.). Die Schwierigkeit der Diagnose bei Abwesenden bzw. Verstorbenen, z. B. aus den Werken, hebt N. gebührend hervor. Eine Homosexualität bei Tieren gibt es wahrscheinlich nicht. Auch die Fälle von Päderastie bei Tieren leugnet N. Hoppe (Königsberg).

Baller: Sind Isolierräume und Einzelzimmer in der modernen Behandlung Geisteskranker unter allen Umständen überflüssig geworden?

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LXVI, 2.)

Die Frage wird mit Recht verneint. In einzelnen Fällen ist eben die Isolierung nicht zu umgehen, wenn man wirklich individualisieren will und nicht in Überspannung eines Prinzipes auf der zwangsmäßigen Durchführung der Bäderbehandlung besteht, die unter Umständen inhumaner ist, als die Isolierung.

Chotzen.

Clémenceau: A propos de la situation des aliénés dans les asiles de France.

(Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, 1907, S. 81—83.)

Der Minister Clémenceau, bekanntlich ein Arzt, hat ein Zirkular an die Präfekten gerichtet, das interessant genug ist, um ausführlich mitgeteilt zu werden.

„Die Irren sind Kranke, viele können geheilt werden, wenn sie Gegenstand zweckmäßiger ärztlicher Behandlung sind, die übrigen, unheilbaren, haben Anspruch auf eine teilnehmende und sorgfältige Pflege. In diesen beiden Beziehungen läßt mehr als eine Anstalt, besonders unter den Privatanstalten und Abteilungen für Geisteskranke, die die Stelle von öffentlichen Anstalten vertreten, noch viel zu wünschen übrig. Ohne zukünftigen Reformen vorzubauen, deren Realisierung Aufgabe des Parlaments ist, haben wir die Pflicht, alle Anstrengungen zu machen, um mit den Mitteln unserer Macht den gegenwärtigen Zustand zu bessern.

Zunächst sind die Grundlagen der Information, die mir zu Gebote stehen, ungenügend; sie gestatten mir nicht nach jeder Richtung von Tag zu Tag der Entwicklung dieser Institutionen zu folgen; nur von Zeit zu Zeit in zu großen Zwischenräumen bin ich in der Lage, diese behördlichen Untersuchungen einer Durchsicht zu unterwerfen.

Ihre Aufgabe, Herr Präfekt, ist es, für jede öffentliche oder private Anstalt und für jede Irrenabteilung Ihres Ressorts eine beständige Aufsicht einzurichten, und ich wünsche im wesentlichen im Laufenden gehalten zu werden über die Feststellungen, die Sie selbst oder Ihre Vertreter bei häufigen, unerwarteten Revisionen machen werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ich ersuche Sie daher, mir von nun an zweimal jährlich, in der Zeit vom 15. Oktober bis 1. November sowie vom 15. April bis 1. Mai, einen summarischen, aber genauen Bericht über jede Anstalt Ihres Ressorts zu erstatten.

Die meisten Anstalten in der Provinz sind schändlich überfüllt; die Kranken sind in ihnen zusammengepfercht; das Wartepersonal hinwider ist schlecht verteilt und in ungenügender Anzahl vorhanden, und trotzdem, daß das neue Gesetz über den wöchentlichen Urlaub, dessen strenge Durchführung nirgends notwendiger ist als in den Anstalten, ihnen einen rechtlichen Anspruch darauf gibt, ermöglichen die Bedingungen, die ihnen auferlegt werden, nicht die Anwerbung eines genügenden und stabilen Personals zu sichern. Der Arzt bricht, besonders wenn sich die ärztlichen Funktionen mit den zeitraubenden Pflichten des Direktors verbinden, unter der zu schweren Last zusammen. Sie haben die Pflicht, Herr Präfekt, dringend und mit unablässiger Ausdauer die Aufmerksamkeit des Conseil général auf diese wahrhaft ernste Lage zu richten. Da aber aus dieser Veranlassung neue Ausgaben gemacht werden, ist es zunächst und dringend notwendig, daß alle die entlassen werden, die in der Anstalt nicht bleiben müssen oder nicht bleiben dürfen.

Entlassen können diejenigen Kranken werden, die zwar nicht völlig geheilt sind, aber keine besondere Pflege notwendig haben und die nach Ansicht des Chefarztes nicht nur ohne Gefahr, sondern auch zu ihrem Vorteil bei einer braven Familie untergebracht werden können, wo sie eine ausreichende Pflege und in materieller und moralischer Beziehung weniger peinliche Existenzbedingungen finden. In diesen Familienpflegestellen werden, wenn sie sorgfältig organisiert und aufmerksam kontrolliert werden, Departementsverwaltung und Kranke ihre Rechnung finden, diese werden sich dabei wohler fühlen und jene wird oft weniger für deren Pflege zu zahlen haben.

Es wird Ihre Aufgabe sein, den Conseil général mit dieser sehr wichtigen Frage zu beschäftigen, die ohne Verzug in Angriff genommen werden muß.

Entlassen müssen werden: 1. die geheilten und noch verhältnismäßig jungen Kranken, die man auch heute bereit wäre zu entlassen, „wenn man wüßte, was aus ihnen morgen werden soll", die man nur prophylaktisch festhält, um sie nicht dem Armenhaus zu überliefern und die zum größten Teil diese Lage ohne sich zu beklagen hinnehmen; diesen hätte eine vorläufige häusliche Beihilfe Herberge und Nahrung zu schaffen, und dann müßte ihnen die Arbeitssuche erleichtert werden; es würde das für das Departement eine weniger drückende, sozial nützlichere und gleichzeitig humanere Ausgabe sein. Die Chefärzte der öffentlichen Anstalten werden Ihnen ohne Mühe die Personen dieser Art bezeichnen; schwieriger wird ihre Auffindung in den Privatanstalten sein, wo mehr als einer von diesen geheilten Patienten unter dem Vorwande der Philanthropie, in Wirklichkeit aber wegen der häuslichen Dienste, die er der Anstalt leistet, zurückgehalten wird. Sie werden sich Mühe geben müssen, in dieser Beziehung die ganze Wahrheit zu erfahren.

Jede Nachlässigkeit, die in einer Anstalt begangen wird, soll am nächsten Tage bekannt sein; die Kenntnis gelangt sonst auf anderen Wegen aus den Anstalten, deren Türen geschlossen sind und in die das Leben und die Kritik der Außenwelt nicht dringen. Andererseits tragen die Klagen der Kranken meist die Spur ihrer Geistesstörung oder sind mit Übertreibungen gemischt: es ist hier oft schwer, die Wahrheit vom Irrtum zu unterscheiden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In unserem Lande Frankreich, dem Vaterlande Pinel's, sind noch zu viele Personen im Publikum und selbst zu viele Departementsverwaltungen nicht zum rechten Begriff der sozialen Pflichten gegen die Geisteskranken vorgedrungen.

Es ist daher nötig, daß Sie auf diese Schwachen, die nicht imstande sind sich selbst zu verteidigen und die auch so wenig Sympathien genießen, Ihren aufmerksamen und teilnehmenden Schutz erstrecken. G. Clémenceau."

Hoppe (Königsberg).

Statistik der Irrenanstalten Norwegens im Jahre 1907.

(Norw. off. Statistik, V, 78.)

Die 15 Irrenanstalten Norwegens, mit 2288 Krankenbetten, verpflegten im Jahre 1907 3226 Geisteskranke (1799 M., 1477 Fr.), von denen 2772 den weniger bemittelten Ständen angehörten und 504 Privatpatienten (Pensionäre) waren. Entlassen wurden 891 Kranke, davon 384 als geheilt oder gebessert, 330 ungeheilt, 167 starben (27 an Lungentuberkulose, 19 an Lungenentzündung, 5 an Nierenentzündung, 2 an Krebs, 2 durch Suizid). Von den 3276 verpflegten Kranken litten 1536 an Dementia (?), 612 an Melancholie oder Manie, 250 an Paranoia, 90 an Idiotie, 56 an Alkoholismus, 51 an Paralyse, 57 an Epilepsie. Als wahrscheinliche Krankheitsursache war unter 1923 Neuaufgenommenen bei 374 erbliche Belastung, bei 26 erbliche Belastung in Verbindung mit anderen Schädlichkeiten, bei 48 Alkoholismus, bei 22 Syphilis, bei 5 Infektionskrankheiten festgestellt. 63 von den Neuaufgenommenen waren unter 20 Jahre, 100 über 60 Jahre alt.

Hoppe (Königsberg).

K. K. K. Lundsgaard (Kopenhagen): Ein Fall von Avulsio bulbi durch Überfall eines Geisteskranken.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, XLVII, 1909, S. 131—133.)

Da kein sicher beglaubigter Fall bekannt ist, daß ein Mensch einem anderen das Auge ausgerissen hat, so berichtet Verf. über einen solchen. Eine 38jährige geisteskranke Frau, an halluzinatorischem Wahnsinn mit religiösen Vorstellungen leidend, riß einer anderen 43 Jahre alten dementen Patientin in einem unbewachten Augenblick beide Augäpfel aus. Die beiden Kranken waren als die letzten von etwa 40 anderen Kranken aus dem Speisesaal in die Parterrewohnung gegangen. Kurz darauf wurde die ältere der beiden Kranken stark blutend aus beiden Augenhöhlen gefunden, der linke Augapfel lag auf der Treppe, das untere Augenlid war stark blutig durchtränkt, das obere vom inneren Winkel an 1 cm nach oben außen durchrissen. Der rechte Augapfel war vollständig aus der Augenhöhle hinausgetrieben und hing nur am Musculus rectus internus, während der Sehnerv ebenso wie auf der linken Seite in 5 cm Abstand vom Augapfel abgerissen war, am oberen Lide fand sich eine 2 cm lange, das Lid nicht ganz durchdringende Wunde in der äußeren Hälfte. Obwohl niemand Zeuge des Vorfalles gewesen war, so konnte doch nach der Art der Geisteskrankheit von einer Selbstverstümmelung keine Rede sein.

Groenouw (Breslau).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erkrankungen des Nervensystems.

G. J. Rossolimo (Moskau): Der Zehenreflex (ein speziell pathologischer Sehnenreflex).

(Neurol. Zentralbl., 1908, S. 452—455)

Bei Kranken mit Pyramidenaffektion bewirkt ein leichter kurzer Schlag der Finger auf die Plantarfläche der Zehen, wodurch diese dorsalwärts weggezogen werden, nach längerem oder kürzerem Zeitraum in einer für den Sehnenreflex charakteristischen Weise eine Flexions- oder Abduktionsbewegung der großen Zehe oder der zweiten bis fünften Zehe oder aller Zehen (am häufigsten), in einzelnen Fällen (4 von 91 Fällen) auch Zehenklonus, am häufigsten gemeinsame Flexion aller fünf Zehen (65 Fälle), dann Beugereflex der zweiten bis fünften Zehe (17 Fälle). Dabei fehlte in 28 % der Fälle die Spontanbewegung der Zehen. Babinski's Phänomen war nur in 60 %, gesteigerter Plantarreflex in 40 %, gesteigerter Achillessehnenreflex in 90 %, gesteigerter Patellarreflex in 98 %, Fußklonus in 70 %, Patellarklonus in 50 %, herabgesetzter Plantarreflex in 40 % der Fälle vorhanden. Der Zehenreflex tritt gewöhnlich in der Woche der Erkrankung (in einzelnen Fällen schon am zweiten Tage) auf und ist selbst in den allerältesten Fällen noch zu konstatieren. Manchmal kommt er auch bei schlaffer Lähmung oder Parese vor. Hoppe (Königsberg).

G. Bikeles (Lemberg): Rückenmarksbefunde a) nach Nervenkreuzung, b) nach Nervenpfropfung.

(Neurol. Zentralbl., 1908, S. 450—455.)

Bei einem Hunde wurde rechts der periphere Abschnitt vom durchschnittenen Medianus ulnaris in den intakten Radialis hoch oben eingenäht, der zentrale nach Resektion eines $2^1/_2$ cm langen Stücks in die Haut; 87 Tage später wurde der periphere Abschnitt des zerschnittenen N. medianus ulnaris mit dem zentralen Stumpf des zentralen Radialis vernäht und umgekehrt. Das Resultat war rechts wesentlich schlechter als links. Auch anatomisch ergaben nach zehn Monaten Rückenmarksschnitte rechts keine pathologischen Veränderungen im Gebiete des Radialis, während links, auf der Seite der drei Monate später vorgenommenen Kreuzung, pathologische Zellen sich der Hauptmasse nach in einem ursprünglich dem Radialis entsprechenden Gebiete befanden. Die Nervenpropfung scheint also weniger geeignet zur Wiederherstellung zu sein als die Nervenpfropfung.

Hoppe (Königsberg).

G. E. de Schweinitz and T. B. Holloway (Philadelphia): Operative treatment of Papilledema dependent on increased intracranial tension.

(Papers to be presented before the section on Ophthalmology of the american medical Association, 1909, S. 267.)

Auf Grund von 212 Fällen, die sie teils selbst beobachteten (51), teils aus der Literatur zusammenstellten, kommen die Verf. zu folgenden Schlüssen: Die beste Behandlung zur Erhaltung des Sehvermögens bei Stauungspapille, die auf erhöhten intrakraniellen Druck zurückzuführen ist, stellt die Palliativtrepanation dar. Eventuell soll man natürlich einen vorhandenen Tumor zu entfernen suchen. Die Operation soll so früh wie möglich geschehen, da nur in den Anfangsstadien der Stauungspapille die Aussichten für Erhaltung des Sehvermögens

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

noch günstige sind. Aber auch in den Fällen, die schon eine stärkere Herabsetzung des Visus zeigen, kann die Operation nützlich sein, indem es noch oft gelingt, den weiteren Verfall des Sehvermögens zu verhindern, ohne Operation aber sicher totale Amaurose zu erwarten ist. Eine Schmierkur in nicht sicher syphilitischen Fällen bedeutet eine oft verderbliche Verzögerung, lieber soll man sie an eine Palliativtrepanation anschließen. Brons (Dortmund).

Ch. H. Frazier (Philadelphia): The surgical aspect of cerebral decompression.

(Papers to be presented before the section on Ophthalm. of the american med. Association. 1909, S. 311.)

Frazier empfiehlt warm für alle Fälle von nicht lokalisierbaren Hirntumoren die Palliativtrepanation. Die Operation, bestehend in Resektion eines 3—5 cm durchmessenden Knochenstücks und Eröffnung oder Resektion eines Stückes der Dura, soll bei allen prätentorialen Tumoren in der Temporal-, bei allen subtentorialen Tumoren in der Okzipitalgegend ausgeführt werden. Sie nimmt nur geringe Zeit in Anspruch und hat nur wenig Risiko. Am größten ist noch die Gefahr des unmittelbaren Operationstodes, die aber nur bei allen länger bestehenden Geschwülsten, besonders solchen in der Pons- und Medullagegend zu befürchten ist. Die Operation wird für gewöhnlich einseitig gemacht, kann aber bei rasch wachsenden Tumoren auf der anderen Seite wiederholt werden. Die nachher auftretende Hirnhernie ist bedeutungslos, sofern nur durch primäre Naht für eine gute und sichere Bedeckung des Prolapses mit Haut gesorgt wird. (Eine offene Wundbehandlung ist also zu verwerfen! Ref.) Wird die Operation nach diesen Grundsätzen ausgeführt, so leistet sie Gutes. Kopfschmerzen und Erbrechen verschwinden meist prompt. Das Sehvermögen bleibt, wenn früh genug operiert wird, erhalten, in späteren Stadien kann wenigstens sein weiterer Verfall aufgehalten werden. Das fernere Leben gestaltet sich also, wenn eine Verlängerung desselben auch nur selten gelingt, für den Patienten wenigstens erträglich. Je früher man operiert, desto besser sind die Chancen auch für die Verlängerung des Lebens, ob man auch noch in ganz vorgeschrittenen Fällen operieren soll, d. h. wenn das Bewußtsein schon geschwunden ist, darüber läßt sich streiten. Frazier hat hierbei glänzende Erfolge, aber auch ebensohäufig totale Mißerfolge erlebt. Im allgemeinen soll man aber jeden inoperablen Hirntumor der Palliativtrepanation unterwerfen. Brons (Dortmund).

M. Bartels (Straßburg): Augenhintergrundsbefunde bei Hirnsinusthrombose.

(Zeitschrift für Augenheilkunde, 1909, Bd. XXI, Heft 1, S. 23.)

Bartels fand in drei Fällen von Orbitalphlegmone mit Thrombose der Sinus cavernosi beiderseits normalen Augenhintergrund, solange nur die Thrombose bestand. Erst als in zwei von diesen Fällen auch raumbeengende intrakranielle Veränderungen auftraten (Schläfenlappenabszeß bzw. stark komprimierend wirkende Pachymeningitis suppurativa), stellte sich auch eine Stauungspapille ein. Alle Fälle wurden durch Sektion klargestellt. Ferner werden drei Fälle von Stauungspapille nach Operation otitischer Sinusthrombose mitgeteilt. In diesen drei Fällen fehlte der Nachweis einer intrakraniellen Raumbeengung völlig, trotzdem traten hochgradige Stauungspapillen mit Blutungen und weißen Plaques in der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Retina auf, und zwar ohne daß eine Beeinträchtigung des Sehvermögens eintrat. Auch bildeten sich die Stauungspapillen in allen Fällen wieder fast bis zur Norm zurück. Die Pathogenese der Stauungspapille in solchen Fällen ist noch völlig in Dunkel gehüllt. Bartels kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die völlige Behinderung der Blutbahn in beiden Sinus cavernosi braucht keine Stauungspapille zu bedingen, auch nicht, wenn ein großer Teil der Orbitalvenen gleichzeitig thrombosiert ist. Die septische Natur der Thromben ändert an dem Resultat wenigstens in den ersten Wochen nichts. Tritt eine Stauungspapille bei Thrombose der Sinus cavernosi auf, so deutet sie auf eine raumbeengende intrakranielle (ev. operable) Komplikation hin. Die postoperative Stauungspapille bei otitischer Sinusthrombose hat in bezug auf den allgemeinen Krankheitsverlauf keine schlechte Prognose: sie bildet sich spontan zurück, ohne das Sehvermögen zu schädigen. Diese postoperative Stauungspapille kann bei völligem Fehlen anderweitiger subjektiver und objektiver Krankheitserscheinungen auftreten. Eine Erklärung der Stauungspapille in solchen Fällen ist bis jetzt nicht möglich.

Brons (Dortmund).

A. Gutmann (Berlin): Doppelseitige Orbitalphlegmone, doppelseitige Thrombose der Vena ophthalmica und des Sinus cavernosus nach Siebbeinempyem.

(Zeitschrift für Augenheilkunde, 1909, Bd. XXI, Heft 1, S. 32.)

Der Augenhintergrund war bei dieser nach drei Tagen zum Exitus gelangten Erkrankung dauernd normal. Die Sektion ergab das Vorhandensein einer basalen Meningitis cerebrospinalis, eines beiderseitigen Siebbeinzellenempyems und vereiterter, zum Teil schon zerfallener Thromben in beiden Sinus cavernosi. Das Empyem war in die rechte Orbita durchgebrochen und die eitrige Thrombophlebitis war von hier zerebralwärts weitergegangen. Brons (Dortmund).

L. Löwe (Berlin): Weitere Mitteilung zur Freilegung der Sehnervenkreuzung, der Hypophysis und der vorderen Brückenregion.

(Zeitschrift für Augenheilkunde, 1909, Bd. XXI, Heft 5, S. 447.)

Während man früher, um an diese Gebiete zu kommen, die Nase von vorn aufklappen mußte und sich den Weg durch das Siebbeinlabyrinth zu den Keilbeinhöhlen bahnte, ist das Verfahren jetzt durch Anwendung der Pharyngotomia suprahyoidea viel einfacher geworden. Der Schnitt wird oberhalb des Zungenbeins durch die Haut gelegt und bis zum Rachendach vertieft, von da schreitet man zur Eröffnung der Keilbeinhöhlen, die dem Rachendach dicht anliegen.

Brons (Dortmund).

Yuji Takahashi (Osaka-Japan): Ein Fall akut entstandener doppelseitiger Lähmung des äußeren Okulomotorius und des Trochlearis.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1909, Bd. XLVII, S. 270—275.)

Bei einem 16jährigen Tischlerlehrling entsteht nach einem heftigen Schnupfen eine beiderseitige Ptosis mit Lähmung der äußeren Muskeln beider Augen, soweit sie vom Okulomotorius und Trochlearis versorgt werden. Ferner besteht eine leichte Affektion im Gebiete des Fazialis und Hypoglossus, vielleicht auch des Trigeminus, doch treten diese gegenüber der Erkrankung der Augennerven

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vollkommen in den Hintergrund. Der Fall ist demnach eine nahezu reine Form eines mesenzephalen Prozesses, der wahrscheinlich als Polioenzephalitis bezeichnet werden muß, da er mitten in eine Epidemie von Polioenzephalomyelitis hineinfällt. Die Erscheinungen blieben seit der Aufnahme in die Klinik unverändert, was für die zephalischen Erscheinungen der in Wien herrschenden Poliomyelitisepidemie charakteristisch ist. Verf. glaubt daher, den Fall diesem Leiden zuzählen und ihn nicht als Folge von Influenza betrachten zu müssen, auf welche möglicherweise der vorausgegangene Schnupfen bezogen werden könnte.

Groenouw (Breslau).

F. H. Verhoeff (Boston): Neuropathic Keratitis and some allied conditions, with special reference to treatment.

(Papers to be presented before the section on Ophthalmology of the american medical Association, 1909, S. 201.)

Neben einer neuroparalytischen Keratitis soll es auch noch eine Iritis und Konjunktivitis gleicher Ursache geben, die sich durch heftige neuralgische Schmerzen im Trigeminus und ausgesprochene Hypästhesie der Cornea auszeichnen.

Brons (Dortmund).

L. M. Francis (Bufallo): Isolated and complete paralysis of the third nerve of traumatic origin.

(Papers to be presented before the section on Ophthalm. of the american medical Association. 1909, S. 229.)

Durch Stoß gegen eine Tür (an den äußeren Augenwinkel) entstand eine vollständige Okulomotoriuslähmung derselben Seite. Als Ursache wird eine subperiostale Hämorrhagie an der Fissura sphenoidalis angenommen.

Brons (Dortmund).

M. Cohen (New York): A case of paralysis of the inferior oblique muscle of the left eye.

(Archives of Ophthalmologie, 1909, Bd. XXXVIII, Nr. 3, S. 282).

Es handelt sich wahrscheinlich um einen kongenitalen Defekt des angegebenen Muskels, es bestanden keine Doppelbilder, trotzdem beide Augen volle Sehschärfe hatten.

Brons (Dortmund).

H. Liepmann: Über die angebliche Worttaubheit der motorisch Aphasischen.

(Neurol. Zentralblatt, 1908, S. 220—228.)

L. wendet sich vor allem gegen die falsche Anschauung, jede Sprachlosigkeit oder hochgradige Spracherschwerung als Broca'sche Aphasie zu bezeichnen. Die Sprachbewegungen, deren Zentrum im Frontalhirn (Broca'sches Gebiet) liegt, erhalten ihre Anregungen vom Zentrum der Klangbilder (des Wortverständnisses) im Temporalhirn. Ist dieses Zentrum völlig oder zum großen Teil ausgeschaltet, besteht also völlige oder hochgradige Worttaubheit, so ist die Folge Wortstummheit oder hochgradige Erschwerung des Sprechens. Eine Worttaubheit der motorisch Aphasischen kann nur vorgetäuscht werden, 1. wenn ein neben dem Frontalherd (wie häufig) bestehender Temporalherd nicht beachtet wird, 2. wenn ein sensorisch Aphasischer mit leidlich zurückgebildeter Worttaubheit und dürftiger Expressivsprache für einen motorisch Aphasischen gehalten wird, 3. wenn das gleiche bei einem durch große doppelseitige Schläfenlappenherde oder gleich-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wertige Herdkombination worttaub und wortstumm Gewordenen der Fall ist, 4. wenn die motorische Aphasie mit Dyspraxie verbunden, die ein fehlendes Wortverständnis vortäuscht. Das der Dyspraxie manchmal zugrunde liegende mangelhafte Verständnis ist eine Schädigung des Wortsinn-, nicht des Wortlautverständnisses. Wenn wieder motorisch Aphasische Schnellgesprochenes und Verwickeltes schwerer auffassen als Gesunde, so handelt es sich zum größten Teil nicht um eine Sprachstörung, sondern um eine mit solchen Hirnläsionen meist verbundene Abschwächung der gedanklichen Operationen, um Intelligenzschwäche, zu einem kleineren Teile vielleicht auch um eine von Dejerine u. a. betonte Schwächung des Gesamtwortes, indem der Verlust der einen Komponente des Wortes die sinnweckende Kraft auch der anderen erschüttert.

Hoppe (Königsberg).

W. J. Elser und F. M. Huntoon: Studies on Meningitis.
(The Journal of medical Research, 1909, Bd. XX, Heft 4.)

Die 170 Seiten umfassende Abhandlung enthält eine genaue Darstellung der morphologischen, serologischen und kulturellen Eigenschaften des Meningokokkus und anderer gramnegativer Kokken. Die zahlreichen Versuche und Einzeltatsachen lassen sich nicht im Rahmen eines Referates wiedergeben. Die wesentlichsten Ergebnisse sind folgende. Der beste Kulturboden für die fraglichen Mikroorganismen ist eine Mischung von Aszitesflüssigkeit oder menschlichem Blutserum mit Agar unter Zusatz von Traubenzucker. Nach mehrfacher Umzüchtung auf diesem Boden gelingt es, den M. auch auf reinem Agar zu kultivieren. Kulturell lassen sich die gramnegativen Kokken nicht voneinander unterscheiden; der M. allein hat die Eigenschaft, nach mehrfacher Tierpassage und langer Kulturzeit sein färberisches Verhalten unverändert zu zeigen. Durch sein Vermögen, Dextrose und Maltose unter Säurebildung zu zersetzen, unterscheidet sich der M. von anderen Kokken; nur der Pseudomeningokokkus zeigt das gleiche Verhalten. Der M. verliert leicht die Fähigkeit, agglutiniert zu werden und es zeigen verschiedene Stämme große Schwankungen. Manchmal tritt auch mit beliebigen Seris Agglutination ein; man muß daher, um dieselbe diagnostisch verwerten zu können, stets Kontrollproben mit normalem Serum anstellen; durch Zentrifugieren wird das Phänomen deutlicher. Der M. hat eine bedeutende agglutinogene Kraft; es gelingt, Sera zu erhalten, die in einer Verdünnung von 1 : 25000 positive Resultate geben. Sera von an Meningitis cerebrospinalis epidemica Erkrankten können spezifische Agglutinine enthalten. In der Zerebrospinalflüssigkeit solcher Kranker konnte in 92,4 % der Fälle der M. bakteriologisch nachgewiesen werden, 82,46 % ließen ihn mikroskopisch erkennen, in 85,88 % gingen die Kulturen auf; dieselben müssen unmittelbar nach Entnahme des Liquors angelegt werden. Gramnegative Kokken anderer Art sind im Liquor sehr selten. (Die Identifikation des M. im Nasensekret kann nur auf Grund aller Proben gemacht werden.) Der M. ist für Mäuse und Ratten in mäßigem Grade pathogen, weniger für Kaninchen. Die Infektion geschieht von Individuum zu Individuum durch die Luft. Die Hauptrolle spielen die Meningokokkenträger, deren Zahl während einer Epidemie die der wirklich Erkrankenden bedeutend übersteigt, die Mehrzahl ist gegen die Infektion immun. Bei den Erkrankten findet man regelmäßig die Kokken im Respirationstrakt, und es ist anzunehmen, daß dieser die Einbruchspforte darstellt; gastrointestinale Infek-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tionen sind ausgeschlossen, da der M. im Magen zugrunde geht. Kinder bilden eine geringere Ansteckungsgefahr als Erwachsene. Auf welchem Wege der M. von dem Respirationstrakt zum Zentralnervensystem gelangt, ist nicht sichergestellt; es sprechen aber alle Erfahrungen für eine hämatogene Infektion der Meningen. Bei experimenteller Meningitis zeigt sich, daß die Lokalisation an der Gehirnbasis von der Eintrittspforte unabhängig ist. Die Meningen sind gegen den M. besonders empfindlich, nicht gegen den Pneumokokkus. Nur der Kapsel-Streptokokkus von Bonomè vermag auch eine Meningitis gleicher Art wie der M. zu erzeugen. Allers (München).

J. Ramsay Hunt: Ein Fall von Poliomyelitis posterior des Ganglion geniculi; anschließend Betrachtungen über den dabei festgestellten Symptomenkomplex.

(Neurol. Zentralbl., 1908, S. 514—520.)

Als Poliomyelitis posterior bezeichnet H. mit Head Campbell den Herpes zoster, dem nach diesen Autoren eine akute infektiöse Entzündung der Spinalganglien zugrunde liegt. H. teilt nun einen Fall von Herpes der den Spinalganglien homologen Ggl. geniculi, bzw. von Herpes oticus mit Schwerhörigkeit, heftigen Schmerzen, die ins Gesicht, in die Schläfen und die Okzipitalgegend ausstrahlten, sowie mit Fazialislähmung und Verlust des Geschmacks im Gebiet der Chorda tympani auf derselben Seite, mit. Es trat allmählich Besserung aller Symptome ein. Je nach der Ausdehnung des Prozesses auf die benachbarten Nerven (Fazialis und Akustikus) unterscheidet H. (s. auch dieses Zentralblatt 1908, S. 1044) 4 Typen: 1. reinen Herpes oticus (Ohrenschmerzen mit Herpeseruption auf der Muschel, dem Gehörgange und dem Trommelfell); 2. Herpes oticus, Herpes facialis oder Herpes occipito-cervicalis mit Fazialislähmung (Herpeseruption im Trigeminusgebiet oder in der Zone des Ggl. geniculi oder im Gebiet der drei ersten Zervikalganglien); 3. Herpes zoster einer oder mehrerer Zonen des Kopfes zusammen mit Fazialislähmung und Herabsetzung der Hörfähigkeit; 4. Herpes zoster des Kopfes mit Fazialislähmung und Menière'schen Symptomen. Da das Ggl. geniculi, das Ggl. gasseri und die oberen Zervikalganglien eine zusammenhängende Serie von Ganglien bilden, kann man nach H. erwarten, daß in Fällen von Herpes occipito-cervicalis oder Herpes facialis außer dem Ganglion geniculi auch die anderen Ganglien mitbefallen sind. Unter 61 Fällen von Herpes zoster des Kopfes mit Fazialislähmung (darunter fünf eigenen) waren in 20 deutliche Affektionen des Gehörorgans (sechs mit Herabsetzung des Gehörs), darunter in elf außer Taubheit noch Menière'sche Symptome vorhanden.

Hoppe (Königsberg).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Zweites Novemberheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Beitrag zur Kenntnis des Verlaufes und Ausganges des manisch-depressiven Irreseins[1]).

Von Dr. C. von Hösslin, Eglfing.

Als im Jahre 1908 auf der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie über die Prognose der Dementia praecox referiert wurde, zeigte es sich deutlich, daß sich über diese Frage noch keineswegs eine Einigung hat erzielen lassen und daß diese in der nächsten Zeit auch wohl kaum zustande kommen wird. Möge nun auch zugegeben werden, daß die Dementia praecox, wie sie von Kraepelin aufgefaßt und geschildert wird, von Psychiatern anderer Richtung nicht erkannt und in gleicher Weise gewürdigt wird, so geht man doch auch in der Annahme kaum allzuweit fehl, daß, wenn heute über die Prognose des manisch-depressiven Irreseins diskutiert würde, die Verhältnisse kaum anders lägen, trotzdem man glauben sollte, daß die Kenntnis dieser Irreseinsform in erheblich größerem Maße Gemeingut sämtlicher Psychiater sein müßte, als gerade die Dementia praecox.

Den Grund hierfür kann ich nicht darin erblicken, daß zwei Psychiater verschiedener Richtung eine typische Manie oder eine typische Melancholie, Krankheitsbilder, die von alters her so wohlbekannt sind, nicht etwa gleichlautend bezeichnen und auffassen, auch nicht darin, daß sie vielleicht über einen manisch-depressiven Mischzustand nicht einer Meinung sein können, sondern ich glaube, daß nicht der letzte Grund für die divergierende Anschauung über Verlauf und Ausgang des manisch-depressiven Irreseins, geradeso wie bei jeder beliebigen anderweitigen geistigen Erkrankungsform, darin zu suchen ist, daß der einzelne Beobachter seine Beobachtung nicht über eine genügend lange Zeit ausdehnt. Es erscheint in sehr vielen Fällen zweifellos nicht ausreichend, sich ein paar Jahre lang durch Katamnesen über das Befinden eines Kranken auf dem Laufenden zu erhalten,

[1]) Nach einem auf der Versammlung des Vereins bayrischer Psychiater am 1. VI. 09 gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sondern hier bedarf es eines Zeitraumes von Jahrzehnten und darüber hinaus, um sich ein abschließendes Urteil bilden zu können. Ein solches Material bietet die Irrenanstalt, wo man die Kranken unter Umständen ihr ganzes Leben hindurch beobachten kann, wo man nicht auf gelegentliche kurze Nachuntersuchungen angewiesen ist.

In folgendem möchte ich über eine bestimmte, verhältnismäßig kleine Gruppe manisch-depressiver Kranker berichten, solcher nämlich, die bei ihrer Aufnahme in die Anstalt das 40. Lebensjahr bereits überschritten hatten. Die Fälle stammen alle aus den letzten 25 Jahren, dazu kommen noch vier, die sich 30 und noch mehr Jahre dauernd in der Anstalt befinden. Ich habe mich bemüht, um schwerere Fehler zu vermeiden, sämtliche Fälle aus dem Bereiche meiner Erwägungen auszuschalten, bei denen die Diagnose einigermaßen zweifelhaft war. Im ganzen sind es 228 Fälle, von denen ich 81 selbst untersuchen und beobachten konnte[1]).

Von den 83 Männern und 145 Frauen handelt es sich 87 mal um eine wiederholte Erkrankung, d. h. 31,5 % sämtlicher Patienten hatte schon in früherem Alter einen oder mehrere Anfälle von Manie oder Depression durchgemacht. In 63,5 % war es die erstmalige Erkrankung, welche die Leute in die Anstalt führte.

Betrachten wir zunächst ganz kurz die erste Gruppe der wiederholt Erkrankten, so zeigt sich, daß von den in Frage stehenden Patienten 79 von ihrem jeweiligen Anfall vollständig genesen sind, ein kleiner Teil hatte in den 25 Jahren das eine oder andere Mal wieder einen Anfall durchgemacht, war aber auch dann wieder gesund geworden. Die Dauer der Attacken hatte in keinem einzigen Fall einen Zeitraum von fünf Jahren überschritten, variierte aber natürlich im einzelnen sehr erheblich. Auch der Verlauf der Anfälle wies keinerlei Besonderheiten auf, es handelte sich immer um einen ganz akuten oder mehr subakuten Beginn, die schweren Symptome der Manie oder Depression bestanden mehr oder minder lang unverändert fort, ließen dann ganz allmählich an Intensität nach, blaßten ab und verschwanden schließlich ganz. Die Kranken wurden einsichtig und konnten als geheilt oder wenigstens sehr gebessert entlassen werden. Nicht unerwähnt will ich gleich hier lassen, daß sich unter dieser ersten Gruppe auch eine Anzahl von Kranken befand, bei denen trotz des hohen Alters und nachweisbarer peripherer Arteriosklerose diese keinerlei üblen Einfluß auf den Verlauf und Ausgang der Psychose ausübte; in zwei Fällen waren sogar apoplektische Insulte ohne Schaden überstanden worden. Acht Kranke sind während des Anfalls an interkurrenten Er-

[1]) Auf die Wiedergabe selbst ganz kurzer Krankheitsgeschichten muß ich bei der notwendigen Raumbeschränkung der Arbeit leider verzichten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

krankungen gestorben. Nur drei Kranke dieser Gruppe sind nicht wieder gesund geworden und befinden sich 16 bzw. 33 und 37 Jahre ununterbrochen in der Anstalt; auf diese werde ich später zu sprechen kommen.

Wir haben also, um es kurz zusammenzufassen, bei dieser ersten Gruppe 96,7 % Heilungen zu verzeichnen.

Wesentlich anders dagegen verhält es sich bei der zweiten größeren Gruppe, welche 138 Fälle von Kranken umfaßt, die nach dem 40. Lebensjahr den ersten Anfall von manisch-depressivem Irresein bekamen. Hier haben wir bei 48 Männern und 90 Frauen nur 43 bzw. 60 völlige Heilungen, also nur 74,6 %. 25,4 % sind von dem erstmaligen Anfall nicht mehr genesen, 27 davon befinden sich noch in der Anstalt, acht sind nach über zehnjähriger Dauer ihrer Erkrankung im hohen Alter gestorben.

Betrachten wir nun die 35 nicht geheilten Fälle näher, so zeigt sich, daß wir hier verschiedene Gruppen unterscheiden können, als deren erste ich den Übergang der akuten manisch-depressiven Erkrankung in eine chronische unheilbare nennen möchte. Zu dieser Gruppe gehört die überwiegende Mehrzahl sämtlicher nicht geheilter Manisch-Depressiver, nämlich von meinen Fällen 27, d. i. 77 %. 24 davon waren in ihrer Jugend völlig gesund, drei hatten schon vor dem 40. Lebensjahr einen Anfall von Manie oder Depression durchgemacht. Der Beginn der Erkrankung war bei allen ein akuter, er setzte ein mit lebhafter heiterer oder zorniger Erregung, Rededrang, Ideenflucht, hochgradiger motorischer Unruhe, die sich in einzelnen Fällen mit Größen- oder Verfolgungsideen verbanden; oder wenn es sich um eine akute Depression handelte, so sahen wir traurig-ängstliche Verstimmung, psychomotorische Hemmung, Versündigungs- und Beeinträchtigungsideen und vielfach sehr lebhaften Selbstbeschädigungsdrang. Bei den meisten waren außerdem Gehörstäuschungen notiert. Im allgemeinen überwiegen in unseren Fällen die Manien über die Depressionen. Im weiteren Verlauf kam es dann in einzelnen Fällen zu einem unregelmäßigen Wechsel von manischen oder depressiven Zuständen, oder zu Mischzuständen, oder es blieb die erstmals aufgetretene Manie oder Depression in ihrer ursprünglichen Form während der ganzen Erkrankungsdauer bestehen. Nach mehr oder minder langer Dauer — den mir vorliegenden Aufzeichnungen zufolge schwanken die Zeiten zwischen $^3/_4$ und $4^1/_2$ Jahren — begannen die akuten Erscheinungen allmählich an Intensität zu verlieren, aber sie verschwanden nicht ganz, wie bei den in Heilung übergehenden Fällen, sondern blieben leicht erkennbar fortbestehen. Bei den manischen Kranken konnten Vielgesprächigkeit, leichte Ideenflucht, Neigung zu Witzeleien und gelegentlichen burschikosen Streichen, Vielgeschäftigkeit, Sammeltrieb und dgl., bei den Depressiven Hemmung, ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

drückte Stimmung, ängstlich-scheues Wesen usw. beobachtet werden. Manische und Depressive zeigten dauernd eine große Labilität der Stimmungslage, Kleinigkeiten vermochten sie aus dem Gleichgewicht zu bringen. die Manischen waren reizbar und explosibel, bei den Melancholischen genügte oft eine Unterhaltung über ihre früher lebhaft geäußerten depressiven Wahnideen, um sofort wieder einen stärkeren Affekt bei ihnen auszulösen. Bei manchen wiederholte sich dann weiterhin in kürzeren oder längeren Pausen ein mehr akuter Nachschub von Manie oder Depression, ohne daß es jedoch je einmal zu einem völlig freien Intervall gekommen wäre. Schließlich entwickelte sich bei allen ganz unmerklich ein eigenartiger Zustand, der sich nur sehr schwer mit einem kurzen Ausdruck bezeichnen läßt. Ich möchte ihn zum Unterschied von den später zu besprechenden Gruppen nicht Demenz nennen, glaube aber auch nicht, daß der etwas mildere Ausdruck einer geistigen Schwäche hier ganz am Platze ist. Es handelt sich um leichte Ausfälle, die weniger auf dem Gebiete der Verstandestätigkeit, als vielmehr auf dem Gebiete des Gefühlslebens liegen. Auffassung, Gedächtnis und Merkfähigkeit erleiden keinen nachweisbaren Schaden, auch die Urteilsfähigkeit ist, soweit es sich nicht um die eigene Persönlichkeit handelt, nicht deutlich getrübt; was allerdings die eigene Persönlichkeit anlangt, so konstatieren wir in allen Fällen einen absoluten Mangel an Krankheitseinsicht mit allen sich daraus ergebenden Folgen für die Beurteilung der eigenen Lage. Was an den Kranken auffallen muß, ist vielmehr eine mehr oder minder hochgradige gemütliche Stumpfheit: die Kranken werden mehr oder minder gleichgültig gegen die Vorgänge der Außenwelt, sie interessieren sich nicht mehr für ihren früheren Beruf. bleiben bei Besuchen von Angehörigen kalt und gleichgültig, drängen nicht mehr aus der Anstalt, vermögen ihre Wünsche mit sehr geringer Energie und wenig Nachdruck zu verfolgen, verlieren altruistische Regungen. werden oft rücksichtslose Egoisten. Gegen den diagnostischen Irrtum. manche derartige Kranke etwa für verblödete Katatonische zu halten. schützt jedoch die Tatsche, daß es meist unschwer gelingt, sie zu einer Unterhaltung anzuregen und sich dabei zu überzeugen, daß sie noch über eine große geistige Frische und Regsamkeit verfügen.

Kann bei der eben erwähnten Gruppe mangels jeder objektiv nachweisbaren Symptome das Mithereinspielen arteriosklerotischer Hirnerkrankung mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen werden, so müssen wir bei der zweiten Gruppe dieser sekundären Erkrankung zweifellos einen bestimmenden Einfluß wenigstens auf den Ausgang der primären manisch-depressiven Erkrankung zuschreiben. Es gehören dieser Gruppe drei Fälle meines Beobachtungsmateriales an. Aber auch hier — es handelt sich um drei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

manische Kranke — hatte die Psychose in jedem einzelnen Falle schon über zehn Jahre gedauert und war bereits auf einem Zustand, wie dem oben geschilderten, angelangt, als sich in Form zeitweise auftretenden Schwindels, von Ohnmachten und epileptischen Anfällen die Arteriosklerose, die auch peripher deutlich nachzuweisen war, im Zentralnervensystem bemerkbar machte. In einem Falle entwickelte sich seit den ersten epileptischen Anfällen vor sechs Jahren ein fortschreitender, jetzt tiefer Blödsinn, in den beiden anderen Fällen deuten Gedächtnisstörungen, Auffassungs- und Urteilsschwäche mäßigen Grades darauf hin, daß wir es mit einer Kombination zweier Psychosen zu tun haben.

Eine dritte Gruppe umfaßt zwei Kranke, die beide über 70 Jahre alt sind, die eine ist seit elf, die andere seit 33 Jahren krank; bei beiden finden wir jetzt neben dem seit Beginn der Erkrankung bestehenden manisch-depressiven Symptomenkomplex Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, der Auffassung und des Urteils, sowie gelegentliche Konfabulationen, Erscheinungen, denen wir auch bei der senilen Demenz zu begegnen pflegen.

Eine weitere Gruppe umfaßt ebenfalls zwei Fälle. Beide Kranke befinden sich seit über zwölf Jahren in der Anstalt. Der eine hatte mit 21 Jahren die erste typische Manie, war dann zehn Jahre gesund und als Seelsorger tätig, war dann noch zweimal von kürzeren manischen Attacken völlig gesund geworden und befindet sich erst seit dem vierten Anfall, jetzt seit 16 Jahren, in der Anstalt. Die andere Patientin erkrankte erstmals mit 44 Jahren an einer Manie, wurde dann depressiv und ist jetzt seit 14 Jahren dauernd manisch. Bei beiden Kranken entwickelten sich neben den ausgesprochensten manisch-depressiven Symptomen (heitere oder zornige Erregung, Rededrang, Ideenflucht, Witzelsucht, große Schlagfertigkeit, psychomotorische Hemmung während der Depression) im weiteren Verlaufe zahlreiche Größenwahnideen, denen sich im Laufe der Zeit noch allerhand Verschrobenheiten und Bizarrerien zugesellten. Auch bei diesen beiden Fällen läßt sich keinerlei intellektuelle Schädigung nachweisen, es besteht jetzt lediglich die oben erwähnte leichte gemütliche Abstumpfung. Die Kranken sind jedoch leicht anzuregen, sind scharfe Beobachter und verblüffen nicht selten durch ihre witzige Schlagfertigkeit. Ich glaube mich in diagnostischer Hinsicht nicht getäuscht zu haben, wenn ich diese beiden Kranken zu den Manisch-Depressiven zähle, denn trotz der jetzt bestehenden mannigfaltigen Manieren und Schrullen in dem äußeren Gehaben und in der Sprechweise dieser Kranken kann ich mich der neuerdings von Urstein vertretenen Anschauung, daß typisch manisch-depressive Anfälle ebensogut bei Katatonikern vorkommen, nicht anschließen, zumal bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unseren Fällen trotz der langen Dauer von einer katatonen Verblödung nicht die Rede sein kann.

Schließlich bleibt als fünfte Gruppe ein Fall übrig, auf den ich kurz näher eingehen muß. Es handelt sich um eine Frau, die mit 27 Jahren eine Depression durchgemacht hat, von der sie vollständig genas. Sie verheiratete sich, erkrankte während der dritten Schwangerschaft wieder an Melancholie, wurde wieder gesund, erkrankte aber neuerdings nach drei viertel Jahren an Manie und ist seitdem nicht mehr gesund geworden. Seit 22 Jahren wiederholen sich bei ihr in ununterbrochener Reihenfolge nach streng zirkulärem Typus Manien und Depressionen von je $^1/_2$—$^3/_4$ jähriger Dauer. Die Manien sind charakterisiert durch heitere oder zornige Erregungen, Ideenflucht und Wortreimereien, Beschäftigungsdrang mit Neigung zum Zerstören usw., die Depressionen durch schwere Hemmung, Angst und Versündigungsideen. Ganz vereinzelt traten Sinnestäuschungen, namentlich des Gehörs, auf. Nach fast 13jähriger Dauer der Erkrankung finden wir bei einem von stärkerer Erregung freien Intervall (Depression) die Bemerkung in der Krankheitsgeschichte, daß die Kranke außerordentlich stumpf und teilnahmlos erscheint und einen völlig verblödeten Eindruck macht, irgendwo herumsitzt, speichelt und mit ihren körperlichen Entleerungen unsauber ist. Dieser Zustand wird in der Folgezeit jedesmal hervorgehoben, so oft sich ein ruhigeres Intervall zwischen zwei Erregungen einfügt. Auch heute kann man die Kranke für tief verblödet halten, wenn man sie still auf der Bank sitzen sieht, wie sie scheinbar nicht die geringste Notiz von ihrer Umgebung nimmt, vor sich hinstarrt, nicht antwortet, wenn man sie anspricht, sondern nur einfältig lächelt, wie sie, statt die Hand zu geben, nur mit den Fingerspitzen auf den Arm des Arztes tippt und ausweicht, wenn man ihre Hand fassen will, und wie sie häufig den Urin unter sich gehen läßt. Und doch ist vielleicht dieser scheinbare Demenzzustand nicht so tief. Denn bei langem Bemühen gelingt es schließlich doch, die Kranke zum Antworten zu bringen, und dann zeigt es sich, daß die Auffassung ganz gut, Orientierung und Merkfähigkeit nicht hochgradig gestört sind. Wie es freilich mit dem Urteil der Kranken bestellt ist, läßt sich nicht entscheiden, da von ihr auf diesbezügliche Fragen nur die Antwort zu erhalten war, man solle sie gehén lassen, sie sei es nicht wert. Ob wir es also hier nur mit Hemmung oder doch neben der gemütlichen Stumpfheit mit intellektuellen Defekten zu tun haben, möchte ich dahingestellt sein lassen.

Überblicken wir noch einmal diese sämtlichen Fälle der nicht geheilten Manisch-Depressiven und fragen uns, ob die Beobachtung nicht vielleicht gewisse Gesichtspunkte ergeben hat, sei es in der Vorgeschichte oder im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verlauf der Erkrankung, welche uns gestatten, schon frühzeitig einen Schluß auf den weiteren Verlauf der Psychose zu ziehen, so bin ich auf Grund meines Materials zu einem negativen Schluß gekommen. Erbliche Belastung spielte in keinem Falle eine erhebliche Rolle, in manchen Fällen fehlte sie ganz, voraufgegangene schwere körperliche Erkrankung oder psychische Traumata sind nur ganz vereinzelt erwähnt, eine konstitutionelle Anlage läßt sich nur in zweien der Fälle als wahrscheinlich annehmen und endlich, was die einzelnen Fälle selbst anlangt, so waren dieselben bei den Ungeheilten auch nicht schwerer, als bei den schließlich Geheilten.

Ich fasse das Ergebnis meiner Beobachtungen zum Schlusse noch einmal kurz in folgende Sätze zusammen:

1. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß es neben der von Kraepelin, Specht, Nietsche u. a. beschriebenen chronischen bzw. konstitutionellen Manie oder Depression auch Fälle von chronischem manisch-depressivem Irresein im Sinne Schott's gibt, die sich als unheilbare Formen aus der akuten Erkrankung heraus entwickeln.

2. Ausgang dieser chronisch gewordenen psychischen Erkrankung in schwerere allgemeine Demenz, wie dies von zahlreichen Autoren angenommen wird, läßt sich nicht nachweisen, es sei denn, daß arteriosklerotische oder senile Prozesse zur ursprünglichen Erkrankung sich hinzugesellen.

3. Ein gewisser geistiger Defekt läßt sich bei allen chronisch gewordenen Manisch-Depressiven im Sinne einer mehr oder weniger hochgradigen gemütlichen Abstumpfung nachweisen.

4. Treten die ersten Anfälle des manisch-depressiven Irreseins erst nach dem 40. Lebensjahr auf, so ist die Prognose von vornherein mit Vorsicht zu stellen; sie trübt sich, sobald die Anfälle länger als fünf Jahre andauern, und wird ungünstig, sobald sich nach Zurückgehen der akuten Erscheinungen eine gemütliche Abstumpfung erkennen läßt.

Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Bemerkungen zur Psychologie der Zwangsvorstellungen und Verwandtenehe.

Von Dr. **Otto Juliusburger,** Oberarzt der Anstalt Berolinum, Steglitz.

Im Jahre 1901 habe ich in meiner Arbeit „Zur Lehre von den Zwangsvorstellungspsychosen“ (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Seite 441) einen Fall beschrieben, den ich bis in die Gegenwart genaustens im Auge behalten und vor kurzem wieder längere Zeit in Behandlung gehabt habe. — Es dürfte von Interesse sein, zu erfahren, wie dieser Fall durch die Reihe der Jahre verlaufen ist und zu welchen neuen Einblicken die ausgiebige Beobachtung kommt. Der in Frage stehende Herr suchte mich in schwerer Depression auf, war sichtlich gebrochen und völlig außerstande, seine Berufsangelegenheiten zu erfüllen. Die Augen standen ihm voll Tränen, und seine Stimme war leise und völlig klanglos. Der Patient erzählte mir, daß er eine ihm äußerst quälende Vorstellung habe, nämlich, er befürchte, in seinem Amte ein Versehen gemacht zu haben, wovon er unliebsame Folgen erwarten müsse. Von nahestehender Seite sei ihm zwar versichert worden, daß er vollständig korrekt gehandelt habe und daß auch nicht der mindeste Grund zu einer Befürchtung vorliege, trotzdem könne er nicht zur Ruhe kommen, habe für nichts Interesse, es sei ihm ganz unmöglich, seines Amtes zu walten, er könne es im Kreise seiner Familie nicht aushalten, namentlich ertrage er nicht den Anblick seiner beiden Kinder, aus deren Blicken er verhaltene Vorwürfe herauslese. Dieser letzte Punkt ist schon bemerkenswert und scheint zunächst in keinem rechten Zusammenhange mit der erwähnten Vorstellung zu stehen. Man könnte ja sagen, der Kranke wähnt ein Unrecht getan zu haben und fühlt sich deshalb den Seinigen gegenüber schuldbeladen. Man wird aber ohne weiteres zugeben müssen, daß das vermeintliche Versehen doch keinen ausreichenden Grund zu einem derartigen Schuldgefühl abgeben kann, daß der Patient sehnlichst wünscht, außerhalb des Kreises seiner Familie eine Zeitlang zu leben. Wenn man von dem Kranken gar nichts weiter wüßte als die oben erwähnte Idee, so würde man wohl bereit sein, dieselbe den mehr oder weniger als bizarr angesehenen Zwangsvorstellungen anzureihen; ich glaube aber den Beweis in folgendem führen zu können, daß die den Kranken beherrschende und quälende Vorstellung tief in das Innerste desselben hineinführt und dort verankert liegt. Im Jahre 1901 hatte der Kranke folgende Krankheitserscheinung dargeboten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es handelt sich um einen erblich nicht belasteten, hoch intelligenten und fein gebildeten verheirateten Mann. Derselbe gab an, er sei während eines harmlosen Gespräches mit einer seiner Familie sehr nahestehenden Dame sexuell erregt worden, wobei es zu einer Pollution gekommen wäre. Gleich nach dem Weggang der Dame sei ihm die Idee gekommen, es könnte an der Hand, die er der Dame zum Abschied gegeben, etwas Sperma gehangen und auf diese Weise eine Übertragung stattgefunden haben, indem etwa die Dame wieder mit ihrer Hand, an der vermeintlich durch Berührung mit seiner Hand Sperma gehangen, in die Gegend ihrer Sexualorgane gelangt sein könnte. Über diesen Umstand und seine etwaigen Folgen machte er sich schwere Sorgen, da er bei etwa eintretender Gravidität seinen Namen, seine Ehre und seine Stellung gefährdet sah. Jedoch trat im Laufe der Zeit eine Beruhigung ein. Etwa ein Vierteljahr nach dem ersten Erlebnis geschah es dem Kranken wieder, daß er gelegentlich eines Besuches der erwähnten Dame in sexuelle Erregung geriet und eine Pollution erlitt. Abermals bemächtigte sich seiner die Vorstellung, die Hand der Dame könne durch Berührung mit seiner Hand mit Sperma beladen worden sein, wodurch die Möglichkeit gegeben wäre, durch Berührung der Sexualteile mit der Hand gravida zu werden. Aus Angst vor den Folgen bewog unser Kranker die Dame, die ihn nur auslachte, sich untersuchen zu lassen. Er nahm auch eine äußere Palpation des Leibes der Dame vor, in der Absicht, unter Umständen etwas zu fühlen. Nach dieser Untersuchung verließ der Kranke die Dame beruhigt. Auf dem Heimwege überkam ihn plötzlich die Idee, nun könne die Sache erst recht schlimm geworden sein. Vorher habe er nur die Hand, jetzt aber den Leib und wenn auch nur die äußere Bauchgegend berührt. Der Kranke, der bisher seinem Berufe nachgegangen war, konnte nunmehr demselben nicht mehr obliegen. Der sonst fähige, viel interessierte Mann zeigte tiefste Depression, höchstes Unglücksgefühl und Lebensüberdruß, so daß Anstaltsbehandlung notwendig wurde. Er war vollständig von der erwähnten Idee beherrscht, ohne zunächst irgendwelche Krankheitseinsicht zu äußern. An der Möglichkeit des Zustandekommens einer Gravidität auf dem vermuteten Wege wurde nicht gezweifelt. Etwa ein Vierteljahr später tritt die Idee allmählich zurück und der Kranke erhält seine gewohnte heitere Stimmung wieder, sein vielseitiges Interesse, seine alte Arbeitslust. Etwa vier Wochen hernach erscheint die alte Idee ganz apoplektiform mit aller Wucht wieder, und tiefe Depression stellt sich ein. Auch dieser Zustand geht nach zirka drei Wochen völlig zurück. Vierzehn Tage später tritt noch einmal wieder apoplektiform die alte Idee und ihre konsekutive Depression auf, um nach zirka vierzehn Tagen dem Normalzustande Platz zu machen. Nach zirka fünf Wochen konnte der Kranke in bester Stimmung und frei von jener quälenden Vorstellung entlassen worden. Vier Wochen später mußte der Kranke abermals aufgenommen werden. Bis vor acht Tagen habe er sich völlig gesund gefühlt. Da sei ihm ganz plötzlich die Erinnerung an einen Vorfall aufgetaucht, der sich vor acht Jahren abspielte. Ganz harmlos habe er damals mit seinem Dienstmädchen gescherzt, wobei es zur Erektion und Ejakulation gekommen wäre. Die Erinnerung an dieses Vorkommnis erfülle ihn jetzt mit schrecklicher Angst, daß der Vorgang bekannt und dadurch seine Stellung gefährdet werden könnte. Er sei zu allem unfähig geworden, immer und immer führe ihn sein Denken zu jenem Ereignis zurück. In der nächsten Zeit zeigt der Kranke wieder tiefe Depression, nennt sich „Schuft", „gemeiner

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mensch", bittet, man möge seine Akten zerreißen, es könne sie jemand lesen und die Sache damit bekannt werden. Er müsse sich das Leben nehmen, falls er verhaftet würde. Wiewohl er auch die Unsinnigkeit der Idee gelegentlich einsehe, könnte er doch nicht von ihr wegkommen, er werde sie nicht los und nie wieder gesund werden. Etwa ein Vierteljahr später zeigt der Kranke mitunter einen eigenartigen plötzlichen Zwang zum Lachen ohne Motiv, unter der bestimmten Angabe, daß es ihm innerlich gar nicht danach zumute sei. Durch eine fingierte Depesche, daß die betreffende Person gestorben sei, tritt zunächst bei dem Kranken sichtliche Freude und Beruhigung ein. Aber schon wenige Tage darauf besteht der alte Zustand. Etwa ein halbes Jahr nach der erfolgten Aufnahme konnte der Kranke als gesund entlassen werden. Nur fiel es auf, daß er bat, man möge seine Krankheitsgeschichte zerreißen, so daß es nicht ausgeschlossen erschien, daß die erwähnte Idee, wenn auch noch so abgeblaßt, und ohne Wirkung auf das Geistesleben, ganz im stillen fortbestehe. Diese Befürchtung fand leider ihre Bestätigung. Zirka $1^3/_4$ Jahr später tauchte ganz plötzlich abermals die erwähnte Idee auf, und augenblicklich befindet sich der Kranke noch in Behandlung, völlig der Idee untertan und in ausgesprochener Depression.

Soweit die damalige Schilderung des Krankheitsfalles. Ich will heute noch dieselbe um einige Züge ergänzen, die damals nicht mitgeteilt waren. Einmal war schon damals im Jahre 1901, während der einzelnen Anfälle, die leise klanglose Stimme aufgefallen. Ferner war der Kranke auch damals schon außerstande, seine Kinder zu sehen, sie mußten ihm ferngehalten werden. Drittens machte sich in gewisser Weise bei dem Kranken eine Eifersucht auf seine Frau gegenüber dem behandelnden Arzte geltend. Es erhebt sich die Frage, ob der jetzige Krankheitsanfall mit demjenigen im Jahre 1901 derart in Verbindung zu setzen ist, daß als gemeinsame Grundlage nur eine sogenannte psychopathische Konstitution herangezogen werden kann, während der jeweilige Inhalt der Vorstellungen auf dem psychopathischen Boden frei, unabhängig, autochthon entstand. Oder aber, ob den scheinbar voneinander unabhängigen Vorstellungen ein geheimer, sie determinierender und verbindender psychischer Komplex zugrunde liegt. Wenn wir die Schilderung vom Jahre 1901 ins Auge fassen, so fällt uns die zunächst unsinnig erscheinende Idee auf, der Kranke könnte durch Darreichung der Hand an die Dame, hernach durch Palpationen des Leibes derselben eine Gravidität hervorgerufen haben. Wir haben ja gehört, daß der Kranke an der Möglichkeit des Zustandekommens einer Gravidität auf dem von ihm vermuteten Wege nicht zweifelte. Bevor wir aber diesen Fragen uns zuwenden, muß ich über das Verhalten des Kranken in den Jahren von 1901 bis jetzt kurz berichten. Ich habe wiederholt bei dem Kranken mehr oder weniger lang andauernde Anfälle beobachtet, die mit schwerster Depression einhergingen, und wobei die Furcht vor Strafe und Verlust seiner Stellung und seines Ansehens ihn beherrschte. Es handelte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich hierbei mehrfach um die Vorstellung, etwas sexuell Unerlaubtes begangen zu haben, während der Kranke versicherte, daß in diesen Fällen gar kein objektives Verschulden vorliegen könne. So z. B. stand er einmal auf dem Wege nach Hause an einer Straßenecke und lud ein vorübergehendes Mädchen ein, unter seinen Schirm unterzutreten, da es gerade regnete. Dabei habe er einige überflüssige Scherzreden gemacht und sei dann arglos weitergegangen. Kurz vor seinem Hause sei ihm der angstvolle Gedanke gekommen, das Mädchen werde in seinen Reden vielleicht Anzüglichkeiten gewittert haben, ihm darum nachgekommen sein, vielleicht würde es ihm gar gelungen sein, durch Befragen auf der Straße seinen Namen festzustellen und so werde das Unglück hereinbrechen. Ein anderes Mal stand er neben einem Mädchen und schaute einem Luftballon nach, er hatte sich mit dem Mädchen darüber in eine Unterhaltung eingelassen und bezüglich der Gondel des Luftschiffes eine zweideutige Bemerkung gemacht. Auch hier setzte die quälende Zwangsvorstellung plötzlich ein, als er sich seiner Wohnung näherte, wobei er sogar zu sehen glaubte, daß das Mädchen hinter ihm hergegangen kam und sich in das Lokal des Polizeireviers begab, vermutlich, um ihn zu denunzieren. Derartige Anfälle mit ähnlichem Vorstellungsinhalte, beobachtete ich mehrfach bei dem Kranken. Auch hier wird sich die Frage erheben, ob sich die jeweils wechselnden Vorstellungsinhalte als unabhängig voneinander auftretende Produkte einer psychopathischen Konstitution anzusehen sind, oder ob ihnen ein gemeinsames, sie immer neu erzeugendes Radikale vorliegt. Die weitere Beobachtung des Kranken ergab nun noch folgende interessante, für die Auffassung des Falles wichtige Momente. Der Kranke hatte zweifellos seine Ehefrau sehr lieb, um so auffallender mußten seine ganz plötzlich und ohne sichtbaren Grund einsetzenden Unfreundlichkeiten, Rauheiten gegen seine Gattin erscheinen. Er fing an, sie plötzlich mit scharfen Worten, ja Grobheiten zu überschütten und zeigte ein geradezu abschreckendes Wesen. Die Ehefrau erzählte mir sogar, in den Depressionen und unmittelbar darauf in dem Übergang in die gesunde Zeit, sei er eigentlich am freundlichsten zu ihr. Sehr beachtenswert ist es, daß der Kranke wiederholt sich ganz plötzlich vor seiner Frau einschloß und die Befürchtung äußerte, sie hätte ihm etwas eingegeben. Man wird ohne weiteres zugeben, daß die Fülle dieser krankhaften Erscheinungen höchst eigenartig ist und zu dem Versuche herausfordert, eine psychologische Erklärung zu geben, da die Zusammenfassung des Ensembles unter den Begriff einer sogenannten psychopathischen Konstitution doch wahrlich nicht befriedigen dürfte. Eine eingehendere Nachforschung ergab, daß die in den Anfällen des Jahres 1901 bei unserem Kranken eine Rolle spielende Dame seine Schwägerin und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

spätere Schwiegermutter war. Auf den letzten Punkt werden wir noch nachher als wichtigen und lehrreichen Beitrag zur Psychologie der Verwandtenehe im Sinne Karl Abraham's zu sprechen kommen. (Abraham, „Die Stellung der Verwandtenehe in der Psychologie der Neurosen, Bleuler und Freud's Jahrbuch 1909.") Vor dem Jahre 1901, wo Patient bereits mit der Tochter der obenerwähnten Schwägerin, also mit seiner eigenen Nichte verheiratet war, war er mit dieser Schwägerin nach dem Tode ihres Mannes in nähere Beziehungen getreten, die erst einen verwandtschaftlich beratenden, später aber einen intimen Charakter annahmen. Selbstverständlich blieb dieses intime Verhältnis ganz im stillen verborgen. Wenngleich es einen sexuellen Charakter trug, so war es doch nicht hiermit erschöpft, denn der Patient hielt um die Hand der Schwägerin an; letztere wollte aber mit Rücksicht auf den Altersunterschied zwischen ihnen nicht auf eine Ehe eingehen und nun geschah das Interessante und Verhängnisvolle, daß Patient sich mit der Tochter der Schwägerin, also seiner Nichte, Hals über Kopf verlobte. Die Nichte selbst war völlig über dies Geschehnis überrascht und wußte selbst nicht, wie sie sagte, wie dies gekommen war. Die Nichte sieht nun ihrer Mutter, der erwähnten Schwägerin, auffallend ähnlich und zwar nicht nur ihrer Erscheinung, sondern ihrem ganzen Wesen nach. Die Schwägerin wollte anfangs die Verheiratung nicht zugeben, willigte aber schließlich doch darein. Noch während der Verlobungszeit bestanden die engen Beziehungen zwischen dem Kranken und seiner Schwägerin, bzw. seiner Schwiegermutter. Wie tief die Liebesgefühle des Kranken zu der Dame saßen, geht daraus hervor, daß noch im Jahre 1901 die Gegenwart der letzteren ersteren in sexuelle Wallung brachte. Nun ist es ohne weiteres klar, daß bei unserem Kranken sein Schwägerin-Schwiegermutter-Komplex nicht nur von stark positiven Lustgefühlen getragen war, sondern auch von dem negativen, beklemmenden und ängstigenden Gefühle des Heimlichen, Verbotenen, des Unrechten und des Schuldigen. Es konnte eigentlich nur eine Frage der Zeit sein, wann dieser Gesamtkomplex seine patogene Wirkung entfalten würde. Von diesem Komplex aus werden wir auch das wiederholte Auftreten der inhaltlich eigenartigen Zwangsvorstellungen begreifen. Die in den Anfällen des Jahres 1901 zunächst lächerlich erscheinende Furcht, eine Gravidität bei der Dame hervorgerufen zu haben, verliert sofort ihren unsinnigen und abenteuerlichen Charakter, wenn wir diesen Vorstellungsinhalt nicht als eine Erscheinung für sich betrachten, sondern ihn in Zusammenhang bringen mit jenem aus der Tiefe des Bewußtseins heraus fortwirkenden Gesamtkomplexe. Zweifellos bestand bei dem ursprünglich intimen Verhältnisse die Gefahr einer Gravidität und die berechtigte Angst, Unannehmlichkeiten verschiedener Art zu erfahren. Nach-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem die Beziehungen den intimen Charakter verloren hatten, wenngleich sie psychosexuell betont blieben, so ruhte doch die Erinnerung an sie als unbewußtes Engramm[1]) im Innern des Patienten fort. Es wäre nun eine irrtümliche Vorstellung, diese Engramme oder Komplexe, weil sie nicht immer in das Oberbewußtsein treten, sich als kraftlos oder als energieunbesetzt vorzustellen. Vielmehr haben wir in diesen psychischen Einheiten, gewissermaßen in diesen Seelenmolekülen (vgl. Jung's hochbedeutsame Schrift über die Psychologie der Dementia praecox), ich sage, wir haben in diesen psychischen Komplexen mehr oder weniger umschriebene Kraftzentren vor uns, denen eine starke assimilatorische Kraft innewohnt, die bei geeigneter Gelegenheit und zu ihrer Stunde aus der potentiellen Ruhe zur bedeutsamen Aktivität gelangt. Alle die in der voranstehenden Schilderung mitgeteilten Inhalte der Zwangsvorstellungen unseres Kranken lassen sich unschwer auffassen als die Erzeugnisse der assimulatorischen Kräfte, welche dem in der Tiefe ruhenden Gesamtkomplexe Schwägerin-Schwiegermutter innewohnt. Besonders leicht ist dies einzusehen bei denjenigen Vorstellungsinhalten, welche sexuell betont sind. Die Wurzel zu allem diesen liegt in der Sexualkomponente des Gesamtkomplexes. Aber auch der letzte Anfall, welcher zu seinem Inhalte hatte die Vorstellung, im Amte ein Versehen gemacht zu haben, findet seine befriedigende Erklärung in der assimilatorischen Kraft des Gesamtkomplexes. Ich muß noch nachtragen, daß der vom Patienten in seinem Berufe vermeintlich geschädigte Herr, der offenbar ein Querulant war, tatsächlich sich benachteiligt glaubte, während dem Patienten von allen maßgebenden Personen bescheinigt wurde, daß er vollständig korrekt gehandelt habe. Im oben festgestellten Gesamtkomplex liegt ja als mitwirkende Komponente das Engramm des Schuldgefühls, der Angst, wegen unrechter Handlung Ahndung zu erleiden. Dieser psychischen Größe entspricht natürlich auch ein Energieanteil, gleichgültig ob wir vom Standpunkt der Identitätslehre, psychische Energie und nichtpsychische Energie nur als die verschiedene Erscheinungsweise einer ihnen gemeinsam zugrunde liegenden und sie einheitlich zusammenfassenden Substanz ansehen, oder aber vom Boden des monistischen Transformismus aus psychische und nichtpsychische Energie als zwei eigene Energiearten betrachten, die sich aus- und ineinander umwandeln. Wie dem auch sein mag, die assimilatorische Kraft des Gesamtkomplexes birgt eine Kraft, welche gewissermaßen nur darauf lauert, ein Objekt zu ergreifen und an diesem zur Wirkung zu kommen. Auf diese Weise verliert in unserem Falle der Inhalt der Zwangsvorstellung vollständig seinen bizarren Charak-

[1]) Cf. R. Semon, Die Mneme; ferner Forel und Juliusburger, Zeitschrift für Sexualwissenschaft 1908, 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ter und das scheinbare Versagen der Einsicht des Kranken enthüllt sich als das sinnvolle Walten eines bedeutungsvollen Mechanismusses. Es liegt natürlich auf der Hand, daß der obenerwähnte Gesamtkomplex, sobald er aus seiner Ruhe erwacht, gleichzeitig in gewisser Richtung auf den übrigen psychischen Mechanismus dissoziierend und hemmend wirken muß. So erklärt sich die in den verschiedenen Anfällen unseres Kranken wiederkehrende Depression, psychische Insuffizienz, seine Unfähigkeit sein Amt zu versehen; das in der Tiefe ruhende Schuldgefühl macht es begreiflich, daß er seine Kinder nicht sehen kann, gewissermaßen seine stummen Ankläger. So ist es auch verständlich, daß er auch bei dem letzten Anfall, wo der im Oberbewußtsein befindliche Inhalt der Zwangsvorstellungen sexuell nicht betont ist, auch wieder den Anblick seiner Kinder nicht erträgt. Aus der Tiefe wirkt eben das Engramm des Schuldgefühles. Dieses Engramm ist auch als die Quelle der bei dem Kranken allerdings nur vorübergehend aufgetretenen Eifersuchtsregung anzusehen. Geteilter Schmerz ist halber Schmerz, — geteilte Schuld ist halbe Schuld. Das aus dem Unterbewußtsein heraufwirkende Schuldbewußtsein unseres Kranken strebt danach, sich zu entladen, abzureagieren; daher wünscht es einen Teilnehmer, sucht ihn im zunächst sich darbietenden Objekte, nämlich der Ehefrau, zu finden. In der Objektivierung des Schuldgefühles, in der Projektion der Schuld auf eine andere Individualität, sucht das Individuum seinen eigenen Schlingen zu entgehen. (Vgl. auch Karl Abraham's Bemerkung über die Entstehung des Eifersuchtswahnes der Trinker in seiner Arbeit: Die psychologischen Beziehungen zwischen Sexualität und Alkoholismus in Hirschfeld's Zeitschrift für Sexualwissenschaft, August 1908, Nr. 8.) Zu der hemmenden Wirkung des Gesamtkomplexes gehören auch die in den einzelnen Anfällen wiederkehrenden körperlichen Begleiterscheinungen, die schlaffe Haltung, das fahle, matte Aussehen, die leise, tonlose Stimme. Die psychische und somatische Hemmung haben die gleiche Wurzel; es ist doch klar, daß ein Komplex, wie unser Kranker ihn in sich birgt, sobald er seine volle Wirkung entfalten kann, auch den körperlichen Tonus im allgemeinen und in bestimmten Organsystemen besonders herabsetzen muß.

Ich wende mich nun dem zweiten Teile meiner Aufgabe zu, nämlich zu dem Versuche, die bei dem Kranken in den gesunden Zwischenzeiten, d. h., in den von Zwangsvorstellungsanfällen freien Intervallen, bemerkbare und oft explosivartig sich entladende Reizbarkeit gegen seine Ehefrau zu erklären. Wie schon erwähnt, wollte der Kranke seine Schwägerin heiraten; diese lehnte es aber ab. Der Kranke konnte es nun sicherlich nicht über sich bringen, auf den Gegenstand seiner Liebe zu verzichten, und so kam

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

er, bewußt oder unbewußt ist gleichgültig, zu dem Ausweg, sich in die Tochter seiner Schwägerin, die dieser auffallend ähnelt, zu verlieben und überraschend schnell sich mit seiner Nichte zu verloben. Wir haben hier einen wertvollen Beitrag zur Genese der Verwandtenehe, wie sie Abraham in seiner bereits erwähnten Arbeit geschildert hat. Unser Kranker suchte also in seiner Verheiratung mit seiner Nichte einmal durch die engen verwandtschaftlichen Beziehungen dauernd mit der geliebten Schwägerin-Schwiegermutter in Verbindung zu bleiben und andererseits bestand wohl bei ihm die bewußte oder unbewußte Hoffnung, seine Frau werde ihm durch ihre Ähnlichkeit mit ihrer Mutter ein vollgültiger Ersatz seines bisherigen Liebesobjektes abgeben. Hierin lag nun der Wendepunkt für unseren Kranken beschlossen. Wie eben nirgends zwei Individualitäten sich völlig gleichen, so mußte auch in unserem Falle die Dissonanz hervortreten. Die Liebe zur Schwägerin-Schwiegermutter war bei unserem Kranken so festsitzend, daß er sie nicht seelisch überwinden konnte, sicherlich nicht in seinem Oberbewußtsein. Es mag sein, daß er sich die fortdauernde Liebe zur Schwägerin nicht eingestand, daß er diese Liebesvorstellung soweit wie möglich aus seinem Bewußtsein zu verdrängen suchte, den wirkenden Gesamtkomplex, die das Primat über die Vorstellung führende Gemütskomponente desselben, konnte der Kranke nicht aus dem psychischen Mechanismus ausschalten, paralysieren. So mußte notgedrungen, wenigstens von Zeit zu Zeit, in dem Kranken ein Konflikt zustande kommen; sein Glückseligkeitstrieb, wohl die Hauptwurzel alles psychischen Geschehens, blieb unbefriedigt und aus der Versagung der intimsten Herzenswünsche bricht als begreifliche Reaktion die Reizbarkeit und Verstimmung gegen seine Frau hervor. Die Frau ist nur Surrogat geblieben, sie hat die Stelle der im Grunde allein geliebten Schwägerin nicht auszufüllen vermocht. Hieraus erklärt sich die oft wiederkehrende Verstimmung des Kranken gegen seine Frau, weil sie ihm eben das nicht gebracht, was er erhofft hat. Natürlich kommt es zu Stimmungsschwankungen in dieser Hinsicht, weil eben bis zu einem beträchtlichen Grade die Frau die Stelle der Schwägerin vertritt. Nun wird uns auch verständlich die Äußerung der Frau, daß ihr Mann zu ihr besonders in den Anfällen der Zwangsvorstellungen freundlich und zärtlich sei; kein Wunder, denn in diesen Anfällen überwiegt in dem Kranken, wie wir gesehen, ein Schuldbewußtsein gegenüber der Frau und daher sein verändertes Verhalten ihr gegenüber. Ich habe oben erwähnt, daß der Kranke gelegentlich äußerte, die Frau habe ihm etwas eingegeben, so daß er sich von ihr zurückzog. Hier haben wir es mit einer feinen, dem Kranken unbewußten Symbolik zu tun. Das Verständnis hierfür muß bei der alten Legende des Liebeszaubers

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einsetzen. In der Märchenwelt ist es eine geläufige Vorstellung, daß man durch Speisen oder Getränke einen Menschen mit Liebe zu einem Objekte erfüllen, oder umgekehrt ihn eine solche vergessen lassen kann; auch hier bewahrheitet sich das tiefsinnige Wort des großen Denkers Ludwig Feuerbach: Der Mensch ist, was er ißt. Für unseren Kranken nun war seine Ehefrau in gewissem Sinne die Räuberin seines eigentlichen Liebesgegenstandes gewesen und in ihm bestand bewußt oder unbewußt der unausgeglichene Konflikt zwischen Frau und Schwägerin-Schwiegermutter. In der Angstvorstellung, die Frau könnte ihm etwas eingegeben haben, symbolisiert sich sicher aus dem Unbewußten heraus, der Widerstand gegen sein eigentliches Liebesobjekt, wie er von seiner Frau ausgeht. Ich bin am Ende meiner Analyse und glaube auch meinerseits aufs neue gezeigt zu haben, wie sehr es sich verlohnt, den Gedankengängen Freud's zu folgen.

Mit wenigen Worten will ich noch auf eine theoretische Frage betreffend Zwangsvorstellung und ähnliche Gebilde eingehen. In meiner Arbeit „Zur Lehre von den Zwangsvorstellungspsychosen", habe ich ausgeführt, daß zwischen Zwangsvorstellungen, überwertigen Ideen und autochthonen Ideen in der Tat Übergänge vorkommen, worauf bereits Wernicke hingewiesen habe. Seine Sejunktionshypothese, sagte ich damals, gibt uns auch den Schlüssel zum Verständnisse dieser Tatsache. Wenn wir den vorliegenden Fall aufmerksam überblicken, so läßt sich unschwer erkennen, daß wir es auch hier mit Sejunktionsprozessen zu tun haben. Der Schwägerin-Schwiegermutter-Komplex unseres Kranken bleibt nicht koordiniert eingefügt in der ganzen Kette der psychischen Abläufe; er reißt zeitweise mehr oder minder die Herrschaft an sich und wirkt in verhängnisvoller Weise auf den psychischen Mechanismus ein. Selbst in den sogenannten gesunden Zeiten sehen wir sein machtvolles Wirken und werden auch in diesen Intervallen seine bis zu gewissem Grade autonome Tätigkeit anerkennen müssen. Der Kampf der Teile im Organismus, um an das berühmte Werk von Wilhelm Roux anzuknüpfen, hat auch seine Gültigkeit im Bereiche der psychischen Komplexe und zwar der bewußten und unterbewußten. Der Schwägerin-Schwiegermutter-Komplex bei unserem Kranken ist begreiflicherweise mit starker Energie besetzt und es hätte einer besonders machtvollen Individualität bedurft, um diesen Komplex den anderen Seelenkomplexen zu koordinieren und damit die pathogene Wirkung des Komplexes aufzuheben. Das Fehlen dieser Komplexkoordination ist aber letzten Endes identisch mit Sejunktion. Wernicke's geniale Lehre bedarf einer wesentlichen Ergänzung, wie dies auch Groß zuletzt in seinem gedankenreichen und äußerst wertvollen Werke „Die psychopatischen Minderwertigkeiten" dargelegt hat. Wernicke's Lehre, ich sehe hierbei von ihrer anatomischen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grundlage ab, ist rein intellektualistisch und läßt die Sejunktion eigentlich nur den Vorstellungsverband angreifen. Bei Wernicke betrifft die Sejunktion vorzugsweise die Ideenassoziation. Ich glaube aber, daß wir den Tatsachen besser gerecht werden, wenn wir uns bemühen, im Sinne von Bleuler und Jung die wirksamen psychischen Komplexe aufzusuchen, als deren treibende Komponente meiner Überzeugung nach, sicherlich die Gefühls- oder Willenskomponente anzusehen ist. Demzufolge müssen wir den Angriffspunkt der Sejunktion verschieben und den Wirkungsbereich derselben auf die Schwächung oder Trennung des Komplexverbandes ausdehnen. Auf die Trennung der Vorstellungs- von der Gefühlskomponente innerhalb der Komplexe, was Stransky als intrapsychische Ataxie, und ich im Anschluß an ihn, als Disthymie[1]) bezeichnet habe, gehe ich hier nicht ein. Jedenfalls, wie aus meinen Darlegungen hervorgeht, nehme ich auch jetzt noch beim Zustandekommen der Zwangsvorgänge einen sejunktiven Prozeß an. Durch den Sejunktivprozeß, gleichgültig ob man ihn als störend auf den Verband der Vorstellungen oder der ganzen Komplexe wirksam ansieht, muß der gleichmäßige Ablauf der Energieumwandlung gestört werden, es im Strombette der psychischen Energie zu Stauungen kommen, die dem muß Individuum subjektiv als Gefühl des Zwanges erscheinen[2]). Bei den Zwangsvorgängen kommt es nach meiner Auffassung nicht zu einer so tiefen Störung des Komplexverbandes wie bei den autochthonen Ideen Wernickes, die von dem Kranken als fremde Gedanken, eingegebene Ideen angesehen werden. Bei den Zwangsvorgängen verliert der zur Selbständigkeit strebende Komplex noch immer nicht seine Fühlung mit dem Ichkomplexe und darum wird die Zwangsvorstellung vom Individuum nicht als ihm fremdartig, aufgezwungen erachtet. Bei der autochthonen Idee dagegen wird das letzte Band zerrissen; die Sejunktion greift gewissermaßen bis an die Wurzel, der Komplex wird ganz abgespalten und dieser Sejunktionsvorgang wird dann introspektiv, naturgemäß als ein der Individualität fremdartiger Vorgang erfaßt. Die autochthonen Ideen spielen nun eine große Rolle bei denjenigen Krankheitszuständen, die man noch immer mit dem unglücklich gewählten Worte Dementia praecox bezeichnet. Bleuler hat sehr recht, wenn er darauf dringt, die Bezeichnung Dementia praecox fallen zu lassen. Er hat dafür den Namen Schizophrenie vorgeschlagen. Schizophrenie ist im Wesen dasselbe, was wir oben als Lockerung oder Lösung der Verbände, kurz als Sejunktion bezeichnet haben. Man könnte also unbedingt der neuen Bezeichnung Schizophrenie statt Dementia praecox

[1]) Auch intrapsychische Sejunktion. Cf. Juliusburger, Über Pseudomelancholie, Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1906, S. 230.

[2]) Cf. Juliusburger, Journal für Psychologie und Neurologie, 1908, Bd. XIII, S. 84.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zustimmen. Es handelt sich eben bei dieser Erkrankung um eine die ganze Persönlichkeit ergreifende Schizophrenie, während bei den Zwangsvorstellungen der schizophrene Prozeß einmal zirkumskripter Natur ist und ferner zerstört er nicht den Ring der Persönlichkeit. Eine andere Frage ist es, ob der schizophrene Prozeß, also die Trennung der psychischen Komplexe, vollständig das Wesen der Erkrankung erschöpft. Ich möchte nämlich hier die Frage nicht weiter verfolgen, ob es sich bei der sogenannten dementia praecox nur um Spaltung der psychichen Komplexe handelt, es liegen außerdem wie bei den anderen Psychosen noch feinere Störungen der Umwandlung und Übertragung der psychischen Energie vor, wie wir sie z. B. in der Trennung des Gefühlskontaktes von Individuum und Außenwelt vorfinden. Aber wenn wir diesen Vorgängen auf den Grund gehen, so werden wir immer einen Sejunktionsprozeß am Werke treffen und wir können unbehindert den Namen Schizophrenie aufrechterhalten.

Wernicke sah in seiner Sejunktionshypothese einen Weg, um zu einem tieferen Verständnisse des psychotischen Geschehens zu gelangen. Die Sejunktion im Sinne Wernickes ist nicht spezifisch für eine bestimmte Art von Geistesstörungen, sie ist vielmehr der charakteristische Ausdruck eines allgemein verbreiteten elementaren Geschehnisses. So dürfen wir auch nicht erwarten, daß die Sejunktion in ihrer erweiterten Fassung, wie letztere in obigen Darlegungen zum Ausdruck kam, also der schizophrene Prozeß etwa als spezifischer Prozeß für eine bestimmte Kategorie von Psychosen erklärt werden könne. Es wird sich lediglich um Gradunterschiede handeln, um Differenzen in der In- und Extensität des Vorganges, je nachdemdieser alle drei Bewußtseinsgebiete im Sinne Wernickes, also die Allo-, Auto-, Somatopsyche, oder wenigstens nur vorwiegend ein dieser Bewußtseinsgebiete ergriffen hat. Wir werden selbstverständlich bleibende schizophrene Zustände mit ihren Konsequenzen und nur vorübergehende schizophrene Prozesse, welche sich wieder ausgleichen und zur normalen Assoziation führen können, unterscheiden müssen. Wenn man diesen Weg konsequent betritt, wird man die Lust an den herrschenden Nomenklaturen verlieren und diesen Verlust auch verschmerzen, dagegen die Freude gewinnen, auch der psychotischen Individualität ein vertieftes Interesse entgegenzubringen, wodurch allein der psychischen Therapie der Weg gebahnt werden kann. — Nun noch einige wenige Worte betreffend die überwertigen Ideen, welche ich in meiner Arbeit „Zur Lehre von den Zwangsvorstellungspsychosen“ im Anschluß an Wernicke den Zwangsvorstellungen und autochthonen Ideen nahegestellt hatte; ich hatte dargetan, daß wir, wo sich in der Welt der Organismen zwischen ihren Gebilden stets auch Übergänge finden, gleichfalls zwischen den genannten Vorstellungsarten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Übergangsformen zu erwarten haben. Wernicke hat bekanntlich die überwertigen Ideen als Erinnerungen an ein besonders affektvolles Erlebnis, oder auch an eine ganze Reihe derartiger zusammengehöriger Erlebnisse definiert. Gerade unser mitgeteilter Fall zeigt die engen Beziehungen zwischen Zwangsvorstellung und überwertiger Idee als Erinnerung an ein besonders affektvolles Erlebnis. Freilich werden wir häufig genug die wirksame überwertige Idee gleich der Zwangsvorstellung und autochthonen Idee nicht auf das Oberbewußtsein beschränkt finden, sondern ihre Wurzeln im Unterbewußten, in zurückgehaltenen oder verdrängten Wünschen zu suchen und zu finden haben. Ich sprach schon oben von den Gradunterschieden des schizophrenen Prozesses. Bei den Zwangsvorstellungen haben wir es bereits um Lockerungen im assoziativen Verbande der psychischen Komplexe zu tun; immer aber bleibt die Kontinuität des Persönlichkeitsbewußtseins gewahrt, von welchem sich die Zwangsvorstellungen nicht ablösen. Die autochthonen Ideen dagegen sind durch ihre Loslösung von dem Bewußtsein der eigenen Persönlichkeit gekennzeichnet. Im scharfen Gegensatz zu den autochthonen Ideen, gewissermaßen in Extremstellung, stehen die überwertigen Ideen im engeren Sinne, sie sind aufs innigste verschmolzen mit dem Persönlichkeitsbewußtsein, und wenigstens in den zirkumskripten reinen Fällen mit keiner Lösung oder Lockerung der Komplexverbände verknüpft, vielmehr scheint es nur zu einer gewissen Erschütterung der letzteren zu kommen. Wohl aber wohnt den überwertigen Ideen eine hohe assimilatorische Kraft inne, welche unter anderem zu dem mehr oder minder zirkumskripten Beziehungswahne führt; allerdings kann dieser sich auch zu Zwangsvorstellungen gesellen, wie unser Fall gezeigt hat, woraus aufs neue der Zusammenhang der beiden Vorstellungskategorien erhellt.

Zum Schlusse will ich nochmals kurz zusammenfassen, daß wir zu einem vertieften Verständnisse der psychotischen Vorgänge am Leitfaden der erweiterten Sejunktionshypothese, nämlich der Hypothese des schizophrenen Prozesses, gelangen werden; wir müssen hierbei freilich den schizophrenen Prozeß im engeren Sinne, nämlich die verschiedenen Störungen im Assoziativverbande der psychischen Komplexe, und den schizophrenen Prozeß im weiteren Sinne des Wortes, nämlich die Störungen in der Umformung und Übertragung der psychischen Energieen, im Auge behalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Bibliographie.

Eugen Wilhelm (Straßburg): Die rechtliche Stellung der (körperlichen) Zwitter. Halle 1909, Karl Marhold. Juristisch-psychiatr. Grenzfragen, VII, 1.

Der Hermaphroditismus war schon im Altertum bekannt. Das 19. Jahrhundert brachte, vor allem dank technischer Fortschritte, die Grundlagen für seine wissenschaftliche Betrachtung. Das gesamte vorliegende Material hat Neugebauer in seinem bekannten Werke (1908) zusammengetragen. Im wesentlichen auf Grund dieses Materials erörtert Wilhelm in der vorliegenden Broschüre die zum Teil recht heiklen Fragen, die sich für den Juristen aus der Tatsache des Zwittertums ergeben können, z. B. — um nur auf einzelnes hinzuweisen — die Frage der standesamtlichen Eintragung und der späteren Berichtigung des Geschlechts, die Fragen der Eheschließung und Ehegültigkeit sowie der Vaterschaft, die Fragen bezüglich Strafhandlungen an Frauen und von Männern. Die sich de lege ferenda ergebenden Schlußfolgerungen werden vom Verf. genau präzisiert. Haymann (Freiburg i. B.).

Karl Kleist: Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. Habilitationsschrift; W. Klinkhardt, Leipzig, 1909. 309 Seiten.

Verf. hatte in seinen ersten Untersuchungen, deren Fortsetzung die vorliegende Schrift bildet, durch die Analyse solcher akinetischer Erscheinungen, welche als Ausfallssymptome angesprochen werden konnten, die Ansicht gewonnen, daß es sich bei diesen, der psychomotorischen Akinese, der Bewegungs- und Sprechunfähigkeit und den sie begleitenden tonischen Muskelspannungen, um eine vom Stirnhirn ausgehende Bewegungsstörung handle; und zwar auf Grund des Ergriffenseins des Stirnhirn-Kleinhirn-Systems, also der zerebello-pontino-frontalen Bahnen. Verf. untersucht nunmehr die psychomotorische Hyperkinese und die Begleitsymptome der psychomotorischen Störung; die Denkstörung und die hypochondrischen sowie affektiven Symptome. Das Wort „psychomotorisch“ versteht Verf. im Sinne Wernicke's; er bezeichnet als solche jene Motilitätsstörungen, welche jenseits der Erfolgsvorstellung einsetzen. — Zunächst analysiert Verf. die Denkstörung bei psychomotorischer (ps.-m.) Akinese. Diese Denkstörung geht mit ps.-m. Anomalien einher, die sich zusammenfassend als Störungen der Einstellung bezeichnen lassen; es sind die Einstellungsvorgänge und die Mitbewegungen beim Wahrnehmen, Vorstellen und Denken geschädigt. Daher treten Bewegungsempfindungen spärlicher und unvollkommener als beim Normalen auf. Diese Annahme ermöglicht die Denkstörung restlos und in allen Fällen zu erklären, während die Ziehen'sche Annahme einer allgemeinen Assoziationsstörung und die Sommer's eines abnorm langen Verharrens des einzelnen Bewußtseinsinhaltes versagen. Die ps.-m. Störung benachteiligt die Auffassung von Sinneseindrücken, somit auch der Sprachlaute und das Erkennen von Gegenständen; sie kann auch die Deutlichkeit, das Merken und die assoziative Wirksamkeit der beim Handeln in Betracht kommenden Vorstellungen schädigen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dadurch ruft die ps.-m. Störung scheinbar aphasische, apraktische und agnostische Zustände hervor; ideatorische Apraxie und Agnosie und Fehlen des Wortverständnisses werden vorgetäuscht durch assoziative Störungen und dadurch, daß durch die Mängel der Einstellung die Vorstellung der Aufgabe die Fähigkeit verliert, den Vorstellungsablauf zu determinieren. — Der zweite Teil der Arbeit befaßt sich mit den hyperkinetischen Störungen, welche als ps.-m. Erregungszustände oder als beschränkte, einförmige Bewegungen bei sonst motorisch unauffälligen oder akinetischen Kranken auftreten. Man kann unterscheiden a) Parakinesen, die den Zwangsbewegungen oder denen der Chorea ähneln, aber von komplizierter Struktur sind; b) Bewegungen vom Charakter der Reaktivbewegungen auf Empfindungen aus dem Bereiche des Körperlichkeitsbewußtseins; c) solche vom Typus der Ausdrucksbewegungen; d) Kurzschlußakte, d. s. den äußeren Reizen zugeordnete Bewegungen, die sich als Kurzschlüsse zwischen Sinneswahrnehmung und Motilität darstellen; e) Mitbewegungen beim Denken und einfache, oft rhythmisch wiederholte Gliederbewegungen; f) zusammengesetzte Handlungen. Auch die Bewegungen von verwickelterem Gefüge werden oft in parakinetisch abgeänderter Weise ausgeführt; ferner sind sie oft auf umschriebene Muskelgebiete beschränkt; endlich erfolgen sie ohne psychologische Begründung. Nach dem Vorkommen dieser Erscheinungen lassen sich die hyperkinetischen Zustandsbilder in fünf Gruppen einteilen: A. parakinetische Zustände; B. Erregungszustände mit Überwiegen der Reaktivbewegungen; C. expressiv-hyperkinetische Zustände; D. hyperkinetische Zustände mit Überwiegen der Kurzschlußakte; E. Erregungszustände mit Überwiegen der impulsiven Akte. Neben den Motilitätssymptomen sieht man Störungen im Bereiche der Körperlichkeitsempfindungen (besonders bei B), Störungen der Gefühle und Affekte (besonders bei C) und Denkstörungen. — Die klinische Beobachtung läßt erkennen, daß akinetische und hyperkinetische Erscheinungen einander sehr nahe verwandt sind, was zur Annahme berechtigt, daß die letzteren den ersten lokalisatorisch sehr nahe stehen dürften. Die Verwandtschaft der Parakinesen zu den choreatischen und athetotischen Phänomenen, die häufige Hypotonie, das Entstehen echter choreatisch-ataktischer Zustandsbilder aus hyperkinetischen weisen auf das Ergriffensein des Stirnhirn-Kleinhirn-Systems hin. Für die Beteiligung des Stirnhirnes spricht auch die vasomotorische, sekretorische, splanchnische Reflexstörung. Bei den Hyperkinesen handelt es sich um ganz zentrale Störungen in der Zuleitung der vom Kleinhirn kommenden Erregungen. Es entsteht durch Wegfall der zerebellogenen Reize eine Störung im normalen Zusammenspiel der verschiedenen den motorischen Substraten zugehenden Erregungen. Diese Anschauung wird unterstützt durch die Tatsache, daß bei frontalen Herderkrankungen apraktische Störungen mit vorwiegend akinetischen und tonischen Erscheinungen und manchmal Pseudospontanbewegungen beobachtet werden. Für die hyperkinetischen Erscheinungen auf dem Gebiete der Sprache bringt Verf. einen eigenen Fall bei, der eine Erweichung im Stirnhirn aufwies. Die hyperkinetische Bewegungsstörung hat einen wesentlichen Einfluß auf das Denken als Bewußtseinsvorgang, indem die Einstellungsvorgänge gestört sind, und zwar dadurch, daß die Kranken unfähig sind, anders gerichtete Einstellungen zu hemmen. Die hier vorliegende Denkstörung ist daher ihrem Wesen nach der der Akinese verwandt.

Es konnte hier nur der Versuch gemacht werden, die wesentlichsten Züge der vom Verf. entwickelten Theorie wiederzugeben; es ist nicht möglich, im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Rahmen eines Referates auf alle Einzelheiten, etwa auf die Analyse der negativistischen Phänomene, auf die Erklärung des spontanen Verhaltens der hyperkinetischen Kranken aus der Denkstörung usw., einzugehen. Es soll nur noch auf eine Bemerkung hingewiesen werden, da ihre Richtigkeit und Bedeutung häufig übersehen wird; nämlich, daß psychologische Mechanismen (Freud, Jung) zwar den Inhalt der Stereotypien, Verbigerationen usw. vielleicht zu erklären vermögen, deren Auftreten und Form aber nicht. Allers (München).

Wilhelm Falkenberg: Die Pflege Geisteskranker. Anleitung zum Krankendienst für Pfleger und Pflegerinnen. II. Auflage. Leipzig, 1909. Verlag von G. Thieme. 48 Seiten. Preis M. 1.—.

Kurz und klar ist das ausgeführt, was jeder Irrenpfleger von der Irrenpflege und von der allgemeinen Krankenpflege wissen muß. Alle nicht unbedingt erforderlichen theoretischen Erörterungen sind vermieden. Auch auf den Bau und die Verrichtungen des menschlichen Körpers ist an einschlägiger Stelle nur soweit, wie durchaus notwendig, eingegangen. Der Inhalt des Buches ist für ca. 12 Unterrichtsstunden berechnet. Wickel (Obrawalde).

Heinrich Schlöß: Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten. IV. Auflage, 1909. Wien und Leipzig. Franz Deuticke. 118 Seiten. Preis M. 1.50.

Der bekannte, für den Lernenden, wie für den Unterrichtenden in gleicher Weise brauchbare Leitfaden ist in vierter Auflage erschienen. Die Anordnung des Stoffes ist die frühere. Einzelne Paragraphen sind wesentlich erweitert, andere umgestaltet. Neu ist der Paragraph über das Verhalten der Pflegepersonen bei geisteskranken Verbrechern. Dem Leitfaden sind zahlreiche, instruktive Bilder beigegeben. Wickel (Obrawalde).

Georg Lenz (Breslau): Zur Pathologie der zerebralen Sehbahn unter besonderer Berücksichtigung ihrer Ergebnisse für die Anatomie und Physiologie. W. Engelmann, Leipzig, 1909.

In dieser Habilitationsschrift beschäftigt sich der Verf. vor allem mit dem Teil der Sehbahn, der zentralwärts von den primären Optikuszentren gelegen ist. Aus der Fülle der Einzelheiten, welche die straff disponierte und klar geschriebene Arbeit bringt, seien nur einige vom Verf. auf Grund des in der Literatur vorliegenden Sektionsmaterials und eigener Beobachtungen gefundene neue Tatsachen hervorgehoben, die zum genauen Studium der Arbeit auffordern sollen.

Bezüglich der Organisation des zentralen Teils der Sehbahn ergeben die Untersuchungen, daß die Henschen-Wilbrandsche Annahme einer geschlossenen isolierten Leitung nach einem scharf umgrenzten Rindengebiet zu Recht besteht, ebenso, daß in diesem Leitungssystem und seinem Endstücke in der Rinde eine Projektion statthat, derart daß bestimmten Quadranten der Netzhaut bestimmte Elemente zugeordnet sind, insbesondere daß auch die Makula ihre isolierte Leitung und kortikale Vertretung besitzt. Die bei fast allen Hemianopsien zentralen Ursprungs vorhandene makulare Aussparung vermag diese Tatsache nicht zu entkräften, denn sie verdankt nicht, wie die Schule von Monakow will, einer Restitution der makularen Fasern ihre Entstehung, sondern einer sicher nachgewiesenen makularen Doppelversorgung. Lenz hat aber entgegen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Annahme Wilbrands, daß diese doppeltversorgenden Fasern sich schon im Chiasma abzweigen, gefunden, daß die Teilung erst weiter zentralwärts und zwar etwa in der Mitte des P-Lappens erfolgt. Der weitere Weg führt dann wahrscheinlich durch den hinteren Teil des Balkens zur Sehsphäre der gegenüberliegenden Seite. Praktisch folgt daraus, daß bei Hemianopsien mit makularer Aussparung der Herd mit Wahrscheinlichkeit zentralwärts von der Mitte des P-Lappens gelegen ist, daß er andererseits bei Vorhandensein einer vertikal durch den Fixierpunkt laufenden Trennungslinie weiter peripher die Sehbahn durchtrennt hat. Bezüglich des Sehzentrums kommt Lenz nach dem zurzeit vorliegendem Material zu dem Schluß, daß es nicht möglich ist das Sehzentrum allein auf die Fissura calcarina und deren Lippen zu beschränken, daß die Grenzen vielmehr weiter auf den unteren Teil des Kuneus und ventral bis mindestens auf den Gyrus lingualis, vielleicht hinten auch auf den Gyr. fusiformis ausgedehnt werden müssen. Der hintere Abschnitt der Kalkarina und die Gegend des Poles gehören ebenfalls dazu.

Die kortikale Makula ist entgegen Henschen in das Gebiet am hinteren Ende der Fissura calcarina zu lokalisieren. Von den Begleiterscheinungen der Hemianopsien interessieren vor allem die einseitigen Halluzinationen, die in den meisten Fällen nur bei Läsionen des O-Lappens und seiner nächsten Nachbarschaft vorkommen, sie haben also den Wert eines wichtigen diagnostischen Hilfsmittels. Bezüglich der weiteren interessanten Einzelheiten, besonders auch der überall eingestreuten eigenen Beobachtungen, darunter eines Tumors der r. Fissura calcarina mit genauer histologischer Untersuchung des in Serien zerlegten Materials muß auf das Original verwiesen werden. Brons (Dortmund).

III. Referate und Kritiken.

Erkrankungen des Nervensystems.

O. Kiliani (Neu York): Alcohol injections in neuralgia, especially in Tic douloureux.

(Medical Record 1909, Bd. LXXV, Nr. 23 v. 5. Juni.)

Verf. hat im ganzen 190 Fälle von Trigeminusneuralgie mit Alkoholinjektionen nach Schlösser behandelt. Fünfmal davon nur war ein Mißerfolg zu verzeichnen, in allen 185 Fällen dagegen wurden die Kranken danach schmerzfrei und blieben es auch eine gewisse Zeit lang. Die Zahl der Einspritzungen die erforderlich waren, um eine Wirkung hervorzubringen, wechselte natürlich nach der Anzahl der ergriffenen Äste, der Schwere des Falles und der anatomischen Eigenart des fraglichen Schädels, von zwei bis zu zehn; im Mittel genügten drei Injektionen. Es wurden jedesmal 1—4 ccm Alkohol von 80 Prozent eingespritzt, und zwar stets ohne Narkose. In vielen Fällen, wenn die Injektion gut ausgeführt worden war, war der Erfolg ein sofortiger und geradezu wunderbarer. Schmerzen, die seit Jahren bestanden und die Kranken

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zum Gebrauch hoher Morphiumdosen geführt hatten, verschwanden innerhalb einer Minute. Andere Fälle wieder erforderten eine Anzahl Injektionen, die Besserung vollzog sich langsamer, ungefähr innerhalb zweier Wochen. Unangenehme Nebenerscheinungen stellten sich nur zweimal ein. Das eine Mal, bei Injektion in das Foramen infraorbitale, kam es zu einer drei Wochen lang anhaltenden Okulomotoriuslähmung; wahrscheinlich hatte hier die Nadel das Periost der Augenhöhle durch bohrt, und der Alkohol hatte primär die Augenmuskeln und sekundär die Endfasern des Okulomotoriusnerven ergriffen. In dem zweiten Falle zeigte sich bei Injektion in den dritten Ast eine sofortige Lähmung (Paresis) des Fazialis mit Speichelfluß, Unmöglichkeit zu pfeifen usw., die gegen zwei Wochen anhielt. Herpes gangraenosus, wie Schlösser in drei Fällen beobachtet haben will, erlebte Verf. nicht; was daran erinnern könnte, war ein leichtes Abschuppen der Haut an den Nasenflügeln und den Lippen mit leichter Störung der oberflächlichen sensorischen und trophischen Nerven der Haut. — Was die Dauer des Erfolges anbetrifft, so blieben von den 190 Fällen 42 % bis dato frei von Schmerzen; im besonderen seit den letzten 18 Monaten vollständig frei 21 %. Wenngleich darunter Fälle sich befinden, die bereits zwei Jahre lang nicht rezidivierten, so ist Verf. keineswegs geneigt, nun zu behaupten, daß die Neuralgie hier überhaupt nicht wiederkehren könnte. Denn er glaubt nicht recht an eine unbedingte Heilung der Trigeminusneuralgie, selbst nach Gasserektomie. Er sah in sechs Fällen, von denen vier mittels Gasserektomie von anerkannten Chirurgen und zwei mittels Operation nach Abbé von ihm selbst behandelt worden waren, die Schmerzen wiederkehren, und zwar heftiger als vor dem chirurgischen Eingriff. Die Injektion von Alkohol befreite die Kranken wieder davon.

Auch an gemischten oder motorischen Nerven hat Verf. das Verfahren versucht. Tic convulsif kann damit erfolgreich behandelt werden, aber die Lösung muß schwächer (60—70 %) und die Dosierung sehr sorgfältig gegeben werden, da man nur eine leichte Parese, keine Paralyse erzielen will. — Bei Ischias war zunächst Mißerfolg zu verzeichnen, da mit den sensorischen Fasern auch die motorischen gelähmt wurden. Aber seitdem Verf. die Injektion in den Nervenstamm aufgegeben hat und nur die Endäste (Cutan. poster., Suralis, Peroneus usw.) damit behandelt (zusammen mit $1-{}^{1}/_{10}$ ccm in die Foramina sacralia), sind die Resultate gut. Indessen sind die Erfahrungen des Verf. in dieser Hinsicht noch zu gering. Buschan (Stettin).

Tobias (Berlin): Über intermittierendes Hinken.

(Med. Klinik, 1909, Nr. 27.)

Dem Artikel liegt ein auf dem letzten Balneologenkongreß in Berlin gehaltener Vortrag zugrunde, in dem ein Überblick über die bisherigen Arbeiten über das intermittierende Hinken und gleichartige Störungen in anderen Körpergegenden als den Unterextremitäten gegeben und die eigene Erfahrung an neun Fällen verwertet wird. Der interessante Symptomenkomplex hat bekanntlich die verschiedensten Bezeichnungen erhalten, von denen T. als die geeignetste Dyskinesia intermittens arteriosclerotica sive angiospastica erachtet. Den bisherigen Ansichten, daß die jüdische Rasse und die arme Bevölkerung besonders zu dem Leiden disponiert sei, steht T. skeptisch gegenüber. Die häufigste Lokalisation sind eben die Beine, dann die Arme; auch im Darme wurde die Krankheit beobachtet und einmal sogar im Gebiete der Zunge (beim Sprechakt wird dies

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwer und steif, in der Ruhe erholt sie sich). Die einzelnen Formen werden genau besprochen. Ätiologisch schuldigt Verf. nicht eine Noxe an, sondern glaubt, daß verschiedene Schädlichkeiten (Disposition, Tabak, Plattfuß, klimatische Einflüsse) zusammenwirken. Differentialdiagnostisch wichtig ist Fehlen des Pulses, Beschwerdefreiheit in der Ruhe, Fehlen von Druckschmerz. Die Prognose ist bei früher Diagnose und geeigneter Behandlung nicht so ungünstig, wie man sie früher ansah (Gangrän!). Die Therapie muß besonders auf die Behebung der Gefäßstörungen gerichtet sein und sich der physikalischen Methoden (Bäder, klimatische Kuren, Diät) in großem Umfange bedienen.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Oberndörfer: Fortschritte in der Behandlung der Nervenkrankheiten.

(Deutsche medizin. Wochenschr., 1908, Nr. 53.)

Gedrängter Überblick über die Errungenschaften der letzten Jahre auf dem genannten Gebiete. Die chirurgischen Erfolge treten, nach der Schlußbemerkung des Verfassers, auffallend hervor. Müller (Dösen).

D. de Buck: Pathogénie et diagnostic de l'épilepsie.

(Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, 1908, S. 53—77, 100—139, 189–231.)

Eine außerordentlich eingehende und fleißige Studie über die Natur der Epilepsie. Nach einem sorgfältigen Überblick über den Stand unserer Kenntnisse teilt B. die Resultate seiner zahlreichen Untersuchungen von Urin, Zerebrospinalflüssigkeit und Blut von Epileptikern mit.

Was den Urin betrifft, der bei mehreren Epileptikern $2^1/_2$ Monate lang täglich untersucht wurde, so ergab sich, abgesehen von einer geringen Steigerung der Azidität in den Anfällen, manchmal ein Zuckergehalt nach den Anfällen. Eiweiß nach den Anfällen trat selten, schwach und unbeständig auf (beruht wahrscheinlich auf vorübergehenden Störungen der Nierenzirkulation). Azetonurie war wenig ausgesprochen und überstieg nicht das, was man gelegentlich auch in normalem Urin findet. Jedenfalls ist, wenn der Kohlehydratstoffwechsel gleich nach einem Anfall gestört ist (wahrscheinlich durch Insuffizienz oder Oxydation), die Störung nicht tief genug, um die Zusammensetzung der Azetonkörper zu beeinflussen. Indikanurie ist bei Epilepsie sehr häufig, ohne daß jedoch ein Zusammenhang des Reichtums an Indikan mit den Krampfanfällen sich nachweisen läßt. Sie kann nur als der Ausdruck einer degestiven Störung betrachtet werden (die Anfälle rufen motorische Störungen der Verdauungsorgane hervor), doch wird die pathologische und diagnostische Bedeutung dieses Symptoms durch das physiologische Vorkommen der Indikanurie eingeschränkt. Eine deutliche Diazoreaktion hat B. selbst in den schwersten Fällen von Epilepsie nicht nachweisen können, wenn er auch Andeutungen einer solchen (braune Orangefärbung) meist gefunden hat. B. hält sie höchstens für einen Ausdruck der allgemeinen Stoffwechselstörung. Die Ausscheidung der Phosphorsäure war von der Diurese meist gesteigert, ohne daß ein Zusammenhang mit der Schwere der Fälle und der Anfälle sich zeigte, die Harnstoffausscheidung vermindert, ohne daß auch hier ein Einfluß der Intensität der Krankheit und der Anfälle sich zeigte. Die Harnsäureausscheidung ist verhältnismäßig normal und konstant. Der Gesamtstickstoffwechsel zeigte sich verringert. Die Ammoniakausscheidung war gesteigert, und diese Steigerung stand im Verhältnis zu den Anfällen. Eine Ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mehrung der Sulfate scheint jedoch nicht vorhanden zu sein. Das Verhältnis des Ammoniakstickstoffs zum Gesamtstickstoff steht im Verhältnis zur Zahl und Intensität der Anfälle.

Was die Zerebrospinalflüssigkeit anlangt, so ist ihre Dichtigkeit beim Epileptiker von der normalen nicht sehr verschieden; der osmotische Druck neigt in gewissen Fällen, besonders in schweren, zu einer Herabminderung, der jedoch auf einer Verringerung des Widerstandes der roten Blutkörperchen zu beruhen scheint (die Zerebrospinalflüssigkeit erweist sich bei der Epilepsie und anderen organischen Geistesstörungen gegenüber dem Blutserum als hypertonisch). Die Alkaleszenz schwankte zwischen 1,0 und 1,6 % (normal 1,1 und 1,3 %), wobei die niedrigsten Zahlen in den leichtesten, die höchsten in den schwersten gefunden wurden. Jedenfalls zeigt sich auch hier die Tendenz, das Gleichgewicht zu bewahren. Die Phosphate sind oft stark vermehrt, stärker wie bei organischen Psychosen (Paralyse), was darauf hinweist, daß die Epilepsie eine Krankheit ist, die gerade die edelsten Elemente der Nervenzentren angreift. Die Untersuchungen auf Azeton, Diazoreaktion, Ammoniak blieben stets negativ. Die Reaktion auf Zucker war teils positiv, teils negativ, ist also in diagnostischer Beziehung ohne Wert. Cholin hat B. in zwei schweren Fällen von Epilepsie gefunden. B. hält es aber nicht für die Ursache der Krämpfe, sondern, wie das Übermaß an Phosphaten, als den Ausdruck des gesteigerten Zerfalls der Nervensubstanz. Den Eiweißgehalt hat B. in Übereinstimmung mit den Autoren nicht vermehrt gefunden, wie das z. B. bei der Paralyse der Fall ist. Es handelt sich aber bei der Epilepsie nicht um eine entzündliche interstitielle, sondern um eine toxische, parenchymatöse Erkrankung. Aus denselben Gründen ist auch die zytologische Reaktion bei der echten Epilepsie stets negativ. Wie Versuche mit Einspritzungen von Zerebrospinalflüssigkeit von Patienten mit schwerer Epilepsie bei Kaninchen zeigten, ist diese frei von krampferzeugenden Substanzen sowohl bei intravenöser als bei subkutaner und intraperitonealer Injektion (das gleiche gilt übrigens auch für die Zerebrospinalflüssigkeit der Epileptiker, wie B. durch Versuche erfuhr). Die Injektion übt auch keinen wesentlichen Einfluß auf den Stoffwechsel aus. Die geringe Giftigkeit auch des alkoholischen Extrakts beim Kaninchen spricht nach B. gegen die Theorie Donath's von der Intoxikation durch Cholin. Übrigens hat B. auch Idioten 10—15 ccm Zerebrospinalflüssigkeit von schweren Epileptikern eingespritzt, ohne die geringste lokale oder allgemeine Störung zu sehen.

Das spezifische Gewicht des Blutes, die Zahl der roten Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt von Epileptikern, neigt in den Anfällen zur Steigung (1050—1061), während es in den Zwischenräumen normal oder nur mäßig erniedrigt ist. Die gleichmäßige Erniedrigung zeigt hier auch die Zahl der roten Blutkörperchen und das Hämoglobin. Nach B. ist diese Erniedrigung nicht die Folge einer stärkeren Hämolyse, sondern hängt mit der chronischen Anämie zusammen. Die Steigerung während der Anfälle ist nach B. auf chronische und mechanische Faktoren (Steigerung des Blutdrucks, Asphyxie) in den Anfällen zurückzuführen. Die farblosen Blutkörperchen nehmen im Anfalle stark zu (stärker als die roten), so daß B. mit Machie und Pugh eine toxische Leukozytose annimmt. Im Gegensatz dazu führen weder die Paralyse noch die Dementia praecox (florides und chronisches Stadium) zur Leukozytose, andererseits führt die Paralyse zu einer stärkeren Hämolyse. Die Alkaleszenz des Blut-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

serums zeigt in allen Stadien, besonders aber während der Anfälle, eine starke Abnahme, wie sie weder bei der Paralyse noch bei anderen organischen Psychosen vorhanden ist.

Die Erythrozyten zeigen geringe Veränderungen (nur eine geringere Assimilität zu sauren Farben und eine gewisse Polychromatophilie). Das Verhältnis der einzelnen Formen der Leukozyten zeigt keine wesentlich größeren Schwankungen als in der Norm.

Das Serum des Epileptikers enthält, wie weitere Untersuchungen zeigten, eine hämolysierende Substanz, die durch 56° zerstört wird, aber durch Spuren von Serum reaktiviert werden kann (im Gegensatz zum Serum des Paralytikers usw.). Das Serum, das für die roten Blutkörperchen desselben Individuums nicht hämolysierend ist, ist es für die eines anderen Patienten, und diese hämolysierende Eigenschaft verschwindet nicht bei 56°. Die Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen bei Epileptikern gegen Salzlösungen (ihr osmotisches Gleichgewicht) ist bei anderen schweren Psychosen nicht wesentlich verändert, doch ist häufig in den Anfallszeiten eine deutliche Verringerung dieser Widerstandsfähigkeit festzustellen. Erhitzung der roten Blutkörperchen von Epileptikern auf 56° setzt aber ihre Widerstandsfähigkeit ganz wesentlich herab, während dies bei den roten Blutkörperchen von Paralytikern usw. nicht der Fall ist; diese Verminderung der Widerstandsfähigkeit scheint im direkten Verhältnis zu stehen zu den Anfällen, indem sie während der Anfälle wächst, in den freien Zwischenräumen aber abnimmt. Diese spezifische Eigenschaft der roten Blutkörperchen der Epileptiker ist zu erklären durch die Verankerung des Serumhämolysins mit den roten Blutkörperchen, wodurch eine chemische Modifikation ihrer Konstitution hervorgerufen wird, die eben die geringere Widerstandsfähigkeit bedingt.

Die Untersuchungen des Serums auf Azeton und Diazo waren negativ. Ammoniak ist, wenn überhaupt, nur in Spuren vorhanden. Cholin wurde in einem von drei schweren Fällen gefunden. Die Giftigkeit des Serums auch in den schwersten Fällen von Epilepsie (und selbst des in den Anfällen entnommenen Blutes) übersteigt nicht 20 ccm pro Kilo Kaninchen, während die Giftigkeit des normalen Serums nach den Autoren zwischen 10 und 26 ccm schwankt; die Vergiftungserscheinungen sind nicht spezifisch, sondern gleichen denen des normalen Serums. Vom Menschen werden 10 ccm des epileptischen Serums gut vertragen, während von 20 ccm an Intoleranzsymptome (Entzündungserscheinungen an der Stelle der Injektion und allgemeines Unwohlsein) auftreten.

Nach allem kommt B. zu dem Schluß, daß die echte konstitutionelle Epilepsie durch eine Autointoxikation hervorgerufen wird, die nicht, wie man bisher glaubte, auf einem End- oder intermediären Produkt des Stoffwechsels beruht, sondern, daß das im Blute des Epileptikers kreisende Gift zur Kategorie der Zytoxine gehört, das aus einem thermolabilen Alexin und einer thermostabilen sensibilisierenden Substanz besteht. Die tiefen Stoffwechselveränderungen im Organismus des Epileptikers sind als indirekte sekundäre Folgen der Wirkungen des Zytoxins aufzufassen. Dieses ist nach B. ein Neuroautozytoxin bzw. Neurolysin. Ein solches Neurolysin existiert schon beim normalen Menschen und unterhält die normale Zerstörung des Nervengewebes, es wird aber durch ein Antiautotoxin so in Schach gehalten, daß es keine stärkeren Zerstörungen verursacht. Im pathologischen Zustande ist dieses Gleichgewicht gestört, bei der Epilepsie nach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

B. durch eine Überproduktion des Antizytoxins. Die Epilepsie besteht so nach B. in einer verstärkten Neurolyse, die die Rindensubstanz betrifft. B. sucht nun die verschiedenen Erscheinungen der Epilepsie durch diese Theorie zu erklären und gibt zum Schluß diagnostische Fingerzeige zum Erkennen der Epilepsie, in zweifelhaften Fällen speziell durch Untersuchung des Blutes.

Hoppe (Königsberg).

Anatomie und Physiologie des Nervensystems.

Camp: The course of sensory impulses in the spinal cord.
(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Febr. 1909.)

Kurze Darlegung dessen, was man heute über den Verlauf der sensiblen Bahnen im Rückenmark zu wissen glaubt. Mitteilung einer größeren Anzahl eigener Beobachtungen. Kölpin.

Ramsay Hunt: The sensory system of the facial nerve and its symptomatology.
(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Juni 1909.)

Wie Verf. in sehr eingehender Weise ausführt, zwingen uns sowohl anatomische wie physiologische und pathologische Feststellungen zu der Annahme, daß der Fazialis kein rein anatomischer, sondern ein gemischter Nerv ist. Im einzelnen auf die Beweisführung des Verf. einzugehen, würde zu weit führen. Er kommt am Ende zu folgenden Schlüssen: Der Fazialis enthält sensible und Geschmacksfasern für die vorderen zwei Drittel der Zunge; er enthält sensible Anastomosen mit den Endigungen des Hörnerven im inneren Ohr; ferner führt er sensible Fasern zum Mittelohr, den Mastoidzellen und der Eustachischen Tube (tiefe Zweige der Nervi petrosi) und schließlich noch sensible Fasern fürs äußere Ohr, die mit dem Fazialisstamm bei seinem Austritt aus dem Foramen stylomastoideum anastomosieren.

In anatomischer Hinsicht würde sich folgende periphere Dreiteilung des Fazialis empfehlen:

1. Der Nervus petrosus superficialis major mit seinem Ramus tympanicus und seinen Verbindungen zum Meckel'schen Ganglion.
2. Der Nervus petrosus superficialis minor mit seinem Ramus tympanicus und seinen Verbindungen zum Ganglion oticum.
3. Der „Fallopische" Fazialis, bestehend aus dem motorischen Stamm. der Chorda tympani und sensiblen Fasern für die Ohrmuschel.

Als klinische Tatsachen, die für seine Annahme sprechen, führt Verf. an: Schmerzen organischen Ursprungs bei Neuritis des Fallopischen Teils des Fazialis, tabischen Erkrankungen der sensiblen Wurzel, Otalgie herpetischen Ursprungs bei Neuritis des Ganglion geniculatum; Schmerzen funktioneller Natur finden sich bei primärer Otalgie (tic douloureux des Ohrs) und bei reflektorischen Otalgien. Sensible Störungen finden sich als Hypästhesie der Koncha und der vorderen zwei Drittel der Zunge; sensorische als Ageusie der letztbenannten Region. Als reflektorische Störungen wurden beobachtet Zuckungen und Spasmus des Fazialis.

Als Syndrome trifft man an: Herpes des Ganglion geniculatum, Herpes

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oticus, Herpes oticus mit Fazialislähmung und akustischen Symptomen, Herpes facialis und occipito-collaris mit Fazialislähmung und akustischen Symptomen.
Kölpin.

L. Koch und S. J. Meltzer: Die Sensibilität der Bauchorgane.
(Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. XIX, 1909, S. 586.)

Entgegen den Anschauungen von Lennander, Wilms u. a. kommen Verf. zu dem Schluß, daß den Bauchorganen Schmerzempfindung zukommt, die durch Entzündung gesteigert wird. Die entgegenstehenden Befunde anderer Autoren erklären die Verf. einesteils dadurch, daß durch das vielfach angewandte Kokain die Versuchsresultate getrübt werden (eine Vermutung, die Ref. schon in dem Referat über die Arbeit von Ramström ausgesprochen hat), anderenteils durch die von ihnen konstant gemachte Beobachtung, daß die Sensibilität (und Motilität) das Eingeweide durch Eventration größerer Teile stark herabgesetzt wird; diese Herabsetzung ist um so stärker, je weniger widerstandsfähig die operierten Tiere sind. G. Liebermeister (Köln).

H. Schlesinger (Wien): Zur Lehre von der sensiblen Innervation des Uterus.
(Wiener klin. Wochenschr., Nr. 5, 1909.)

Verf. beobachtete eine an Syringomyelie erkrankte Frau, welche während zweier Schwangerschaften die Kindsbewegungen, obwohl sie deutlich sichtbar waren, nicht mit dem Gefühl wahrnahm, und die Geburtswehen erst gegen den Schluß der Entbindung spürte. Er nimmt an, daß die Wahrnehmung der Kindsbewegungen auf einer spezifischen Organempfindung des Uterus beruhe, die der Patientin verloren gegangen war. Ihre Bauchdecken hatten die Berührungsempfindlichkeit nicht eingebüßt; diese können also nicht für die Wahrnehmung der Bewegungen in Betracht kommen. Verf. stellt Vermutungen auf über den Verlauf der zugehörigen Nervenbahnen. Er macht schließlich auf das Vorkommen einer dissoziierten uterinen Sensibilitätsstörung aufmerksam: die spezifische Empfindung für Kindsbewegungen und die Empfindung des Wehenschmerzes können isoliert verloren gehen. Abraham (Berlin).

N. B. Harman: A simple mode of charting the movements of the eye muscles and the diplopia consequent on their paralysis.
(Review of the Neurol. and Psychiatry, Bd. VII, Nr. 4, 1909.)

Verf. gibt ein einfaches, instruktives Diagramm, welches dem Lernenden die Funktion der Augenmuskeln sowie die Folgen der Augenmuskellähmungen darstellen soll. Abraham (Berlin).

Kanngießer: Vergleichsuntersuchungen zwischen der Licht- und Konvergenzmiosis, zwischen der Atropin- und Eserinwirkung auf Iris und Ziliarmuskel, nebst Bemerkungen über die Form der Pupille.
(Archiv für Augenheilkunde, Bd. LXIII, H. 1, 1909, S. 78.)

Vom 10. bis zum 30. Lebensjahre ist die beleuchtete Pupille enger als die konvergierte, vom 40. bis 60. Lebensjahre ist das Verhältnis umgekehrt. Unter 200 Fällen fand sich viermal eine längsovale Pupille und einmal waren beide

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pupillen queroval. Auffallende Anisokorien fanden sich nur in 1%. Atropin und Eserin unterscheiden sich in gleichstarken Lösungen dadurch, daß die Atropinwirkung doppelt so lange anhält, dafür aber auch etwas später zur vollen Höhe anschwillt, wie das Eserin. Brons (Dortmund).

Neurosen und Verwandtes.

Schlesinger: Zur kritischen Symptomatologie der Unfallneurosen.
(Deutsche medizin. Wochenschr., 1909, Nr. 19.)

Es wird die Forderung aufgestellt, daß bei jedem Unfallverletzten spätestens einige Tage nach dem Unfall eine eingehende Untersuchung des ganzen Körpers angestellt werde. Der Verf. hat bisher in 100 Fällen nach diesem Grundsatz gehandelt und kommt zu dem Schlusse, daß bei einem überraschend großen Teil der Verletzten Krankheiten der inneren Organe und des Nervensystems schon vor dem Unfall bestanden haben. Müller (Dösen).

Sacki: Unfall und Nervenkrankheiten. Zur Diagnose, Pathogenese und Therapie der Unfallneurose.
(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, 1909, Nr. 13—15.)

Übersichtliche, zusammenfassende und kritische Darstellung der Lehre von den Unfallneurosen. Mit Recht sieht Verf. das Wesentliche in den psychischen Veränderungen; dieser Standpunkt ist maßgebend für die Bewertung der sogenannten objektiven Symptome wie der Symptome überhaupt. Der Gesamteindruck entscheidet über den Grad der Erwerbsfähigkeit. So selten reine Simulation, so häufig Übertreibung. Er unterscheidet drei Entstehungsformen; die erste entsteht durch Shok, die zweite durch die intensive Beachtung der meist in einer körperlichen Ursache begründeten Beschwerden, die allgemeine Überwertung der Unfallskrankheit gegenüber anderen Leiden, die suggestiven Einwirkungen der Umgebung und den Kampf ums Recht oder die Rente mit den Begehrungsvorstellungen; die dritte ist eigentlich eine alte, durch den Unfall und die ihm folgende Untätigkeit nur verschlimmerte Neurose. Manches wird heute als Unfallneurose angesprochen, was organisch bedingt ist. Der gesetzlichen Einführung der Abfindung redet V. nicht das Wort. Auch von der Arbeitstherapie verspricht er sich nicht allzuviel. Die Prophylaxe ist die Hauptsache: vor allem Hebung des Selbstvertrauens des Unfallverletzten, Vermeidung aller Fragen, die suggestiv schädlich wirken können, individuell abgestufte Behandlung; der Arzt muß vor allem Zeit und Geduld für seinen Kranken haben.
Schultze.

Julius Hallervorden: Über Heilerfolge bei nervösen Invalidenversicherten.
(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, 1909, Nr. 12.)

Nach den in „Haus Schönow" gemachten Erfahrungen sind bei den von den Landesversicherungsanstalten überwiesenen Kranken mit funktionellen Nervenkrankheiten in 55% bei den Männern und in 30% bei den Frauen Heilerfolge von 4—7 Jahren Dauer erzielt worden. Die erbliche Belastung beeinflußt nicht den Erfolg des Heilverfahrens. Die größere psychische Verwundbarkeit und die geringere Eignung, einen Beruf zu ergreifen, erklärt die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schlechten Heilresultate bei den Frauen. Eine eingehendere und häufigere Behandlung der Nervenkranken vor ihrer Invalidisierung ist daher dringend anzuraten; ein Institut, derart wie die Heilstätte Schönow, ist für diese Zwecke sehr geeignet. Schultze.

S. Daus (Güterglotz): Über den Wert der Wasserkuren bei Unfallneurosen.

(Zeitschrift für physikalisch-diätetische Therapie, 1909, Bd. XIII, S. 232—244 u. 290—315.)

In geschickter Zusammenstellung gibt uns Verf. einen Überblick über die grundverschiedenen Ansichten, die von namhaften Ärzten über den Wert der verschiedenen Heilfaktoren in der Behandlung Unfallkranker und über die sonstigen Mittel und Wege, um ihren Ansprüchen gerecht zu werden, geäußert worden sind. Im besonderen beschäftigt er sich weiter mit der von F. Liepmann angestellten Enquete, deren Beantworter zumeist den Badekuren einen Erfolg absprechen. An der Hand des klinischen und poliklinischen Materials der Hydrotherapeutischen Anstalt der Universität zu Berlin prüft er sodann, ob dieses absprechende Urteil wirklich berechtigt ist, indem er 100 Fälle beibringt, deren Heilverfahren und Heilerfolg (durch spätere Nachfragen) er im einzelnen mitteilt. Das Ergebnis fällt leider für die Hydrotherapie nicht günstig aus. Während bei der landläufigen Neurasthenie dieses Verfahren zumeist recht befriedigende, und im besonderen auch Dauererfolge zeitigt, wird bei der traumatischen, bzw. rentenpflichtigen Form dieses Leidens herzlich wenig erreicht. Von den 78 poliklinischen Fällen versagte das Wasserheilverfahren in 46 (= 59 %) völlig. Eine tatsächliche Besserung wurde nur in 8 (= 10 %) Fällen erzielt; in 24 (= 31 %) Fällen war der Erfolg nur ein beschränkter, insofern entweder er nicht von Bestand war oder noch einzelne Beschwerden zurückblieben. Also war im Grunde genommen in 90 % ein Mißerfolg zu verzeichnen. Von den 22 klinischen Fällen blieb der Erfolg in 18 (= 82 %) vollständig aus, in 3 (= 14 %) war eine Besserung mit Einschränkung und nur in 1 (= 4 %) ein wirklich gutes Resultat zu verzeichnen, dessen Dauer aber leider nicht zu kontrollieren war, da der Pat. bald starb. Im ganzen wurden somit von den 100 Fällen 64 % nicht gebessert, 27 % nur bedingt und nur in 9 % konnte man von Erfolg reden. Bei der Unfallneurose handelt es sich um die Folgen sozialer Übelstände: soziale Ursachen können aber unmöglich mit medizinischen Heilfaktoren beeinflußt, sondern wiederum nur durch soziale Mittel (Gesetzgebung) beseitigt werden. Buschan (Stettin).

John F. Anderson and Joseph Goldberger (Washington): Report of a case of Hydrophobia.

(Medical Record, 1909, Bd. LXXV, S. 24.)

Elfjähriger Knabe wurde von einem der Tollwut verdächtigen Hunde — bakteriologische Untersuchung wurde nach dem Tode weder an ihm noch an einem zweiten von ihm gebissenen Hunde vorgenommen — gebissen; die Wunden heilten leicht und schnell. 62 Tage später entwickelten sich bei dem Kinde plötzlich die Erscheinungen der Hydrophobie: zuerst Schmerzen im Halse, die rapid an Heftigkeit zunahmen und am anderen Morgen in deutliche Spasmen der Pharynx- und Nackenmuskeln mit profusem Speichelfluß übergingen. Das Kind

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurde sodann stuporös, vermochte jedoch bei eindringlichen Fragen noch Antwort zu geben. In kurzen Intervallen stellten sich Konvulsionen mit Opisthotonus und deutlichen respiratorischen Krämpfen ein, und am dritten Tage nach Beginn der ersten Erscheinungen trat der Tod ein. Autopsie konnte nicht gemacht werden. Buschan (Stettin).

Weir Mitchell: Motor ataxia from emotion.

(Journ. of Nerv. and Ment. disease, Mai 1909.)

Als „motorische Ataxie durch Emotion" teilt Verf. die Geschichte eines Mannes mit, dem es, wenn er von anderen Personen beobachtet wurde, nicht möglich war, zu schreiben, das Essen zum Munde zu führen usw. Anstrengungen, der Störung Herr zu werden, machten sie nur noch schlimmer. Kölpin.

Mills: The differential diagnosis of grave hysteria and organic disease of the brain and spinal cord, especially disease of the parietal lobe.

(Journ. of Nerv. and Ment. disease, Juli 1909.)

Es ist bekannt, daß die Hysterie das Bild organischer Erkrankungen des Nervensystems vortäuschen kann; so können z. B. Fußklonus und Babinski'sches Phänomen (?) gelegentlich auch einmal bei Hysterie beobachtet werden. — Bei dem Fall, den Verf. anführt, bestanden Symptome, die auf eine Erkrankung des Parietallappens hinwiesen, nämlich halbseitige Hypästhesie, Störung des Muskelsinns, Ataxie und Astereognosis. Nach einigen Wochen sehr weitgehende Besserung aller Erscheinungen, welcher Umstand Verf. wohl veranlaßt hat, an die Möglichkeit einer Hysterie zu denken. Kölpin.

J. Sadger (Wien): Ein Fall von Pseudoepilepsia hysterica psychoanalytisch erklärt.

(Wiener klin. Rundschau, Nr. 14—17, 1909.)

Dem Verf. gelang es, einen sehr hartnäckigen Fall von hysterischer Pseudoepilepsie (große und kleine Anfälle mit Zungenbiß usw.) weitgehend zu bessern. Er weist den Zusammenhang der epileptiformen Symptome mit sexuellen Erregungsvorgängen nach. Wegen der Einzelheiten der Analyse muß auf das Original verwiesen werden.

Sadger, der mit Recht auch in dieser Arbeit gegen die ärztliche Prüderie Stellung nimmt, verfällt leider in das andere Extrem, nämlich in eine oft allzu krasse Ausdrucksweise, durch die vielleicht mancher abgeschreckt wird, sich die wertvollen Ergebnisse der Arbeit zu eigen zu machen. Abraham.

W. H. Dudley: Ocular manifestations of hysteria.

(Southern California Practitioner, März 1909.)

Die okularen Symptome der Hysterie sind 1. Anästhesien. a) Verlust des Gefühls in den Lidern, der Konjunktiva und Kornea, b) konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes für Weiß und Farben, c) Amblyopie, Achromatopsie und die sog. Umkehrung der Farbengrenzen im Gesichtsfeld. 2. Störungen der Akkommodation und Pupillenreaktion, mit denen häufig spastische Konvergenz verknüpft ist. Lähmung der Akkommodation mit oder ohne Mydriasis, für die eine andere Ursache nicht aufzufinden ist, kann man mit Sicherheit für hysterisch halten. Brons (Dortmund).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H. Schlesinger: Vorstellung einer Frau mit Geräuschen, wahrscheinlich infolge von Gaumensegelkrämpfen.

(Wiener medizinische Wochenschrift, 1909, Nr. 22.)

Die 50jährige Patientin leidet seit fünf Jahren an Kopfgeräuschen, die schon auf Distanz als eigenartiges Knacken, ähnlich wie das Ticken einer Uhr zu hören sind. Die Aufeinanderfolge ist unregelmäßig, manchmal erfolgen 40—50 in der Minute, manchmal pausieren sie halbe Minuten lang. Während der Bildung der Geräusche wird das Gaumensegel gehoben. Otoskopisch läßt sich nichts nachweisen. Dagegen ist die Öffnung der rechten Tuba eustachii erweitert. Dieser Umstand, sowie der, daß man die Geräusche vom Munde und der Nase aus besser auskultieren kann als vom Ohre, spricht für die Entstehung derselben auf Grund von Kontraktionen des Gaumensegels. Wahrscheinlich wird die Tubenmündung unter knackenden Geräuschen infolge von Muskelanstrengung geöffnet. Vielleicht ist die infolge von Polypen bestehende Trockenheit des Mundes dafür verantwortlich zu machen. Allers (München).

Angelo Piazza: Morbo di Raynaud e malattia di Basedow (Morbus Raynaud und Basedow).

(Il Policlinico, Bd. XV, 1908.)

Bei einer zur Zeit der Beobachtung 22jährigen Kranken entwickelte sich seit ihrem sechsten Lebensjahre eine Reihe pathologischer Erscheinungen. Zunächst trat eine Verfärbung der Hände und Füße auf; sie wurden zyanotisch, kühl; die Kranke empfand sie als kalt, steif, so daß sie nichts fassen konnte, die Finger waren wie abgestorben; es traten Schmerzen in den Händen auf, welche nachts exazerbierten; an den schmerzenden Fingern entwickelten sich Ulzerationen, die wieder ausheilten, aber zu Verkrüppelungen Anlaß gaben. Mit zwölf Jahren bekam Pat. außerdem Kopfschmerzen, Tachykardien, Hitzegefühl im Gesicht; sie war erschöpft, reizbar, litt an Schreckträumen, Anfällen von Tremor, Schwindel, an vereinzelten Gehörshalluzinationen und Photopsien, magerte sehr ab. Dieser Zustand blieb wesentlich unter allmählicher Verschlimmerung bestehen. Objektiv findet sich neben der Akrozyanose fleckweise Zyanose des Gesichtes, deutliche Vergrößerung der Glandula thyroidea, Tremor, gesteigerte Sehnenreflexe, leichte Anisokorie (R>L), geringer Exophthalmus mit Stellwag'schem und Möbius'schem Symptom, Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit; ferner Hypästhesie für taktile und thermische Reize an den Händen mit Analgesie. — Wiewohl die Kombination von M. Raynaud mit Basedow bis jetzt nur einmal beobachtet wurde (Thompson), glaubt Verf. jede andere Diagnose ausschließen zu können, vor allem Sklerodermie und Erythromelalgie. Verf. kann sich der Meinung Raymond's von der Zugehörigkeit der Raynaud'schen Erkrankung zur Sklerodermie nicht anschließen. Gegen die Annahme des Bestehens letzterer Erkrankung spricht auch die lange Dauer des Leidens bei geringer Progression. Bemerkenswert ist ein auffallender Schwachsinn der Pat., die zwar ihre Arbeit zu verrichten vermag und den alltäglichen Anforderungen nachzukommen, ihrer Krankeit, deren Schwere sie kennt, aber gleichgültig gegenübersteht und meist ein heiteres, nur durch zeitweise Zornausbrüche gestörtes Wesen zur Schau trägt. Allers (München).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

J. Rudisch (New York): On the use of atropine sulphate and atropine methylbromide in Diabetes mellitus.

(Medical Record, 1909, Bd. LXXV, Nr. 26.)

Verf. hat in den letzten zweieinhalb Jahren in seiner Privatpraxis, sowie in der im Mount Sinai Hospital mit so gutem Erfolge Atropinpräparate bei Diabetes mellitus angewendet, daß er dieses Verfahren weiteren Kreisen dringend empfehlen möchte. Es waren dies keine ausgesuchten Fälle, sondern, wie sie kamen, wurden sie behandelt, darunter sehr schwere und auch leichte Fälle bei Personen von neun bis über 70 Jahren. Neben Atropin ließ er stets noch eine kohlehydratfreie Kost einnehmen. Unter dieser kombinierten Behandlung wurde beobachtet, daß die Glykosurie viel schneller verschwand, als unter dem diätetischen Regime allein. In Fällen, wo letzteres wohl den Rückgang der Ausscheidung des Zuckers herbeigeführt, aber noch nicht völlig beseitigt hatte, ließ Atropin ihn vollständig verschwinden, Aussetzen der Droge ohne Veränderung der Diät ließ ihn vielfach wieder zum Vorschein kommen. Gleichzeitig steigert Atropin die Toleranz gegen Kohlenhydrate.

Zwei Präparate wurden angewendet, das Methylbromid und das Sulfat des Atropin. Das erstgenannte Präparat erwies sich als weniger giftig, aber seine Unzuverlässigkeit und sein hoher Preis verhinderten eine ausgedehnte Anwendung. Die Kur begann mit $^2/_{15}$ Gran (8 mg = 0,008 g); die Dosis wurde um die gleiche Menge bis $^8/_{15}$ Gran (32 mg = 0,032 g) gesteigert; einmal wurden sogar ohne irgendwelche schädliche Wirkung für kurze Zeit täglich über drei Gran (i. e. 1,8 dg) verabreicht! Von Atropinum sulfuricum betrug die Anfangsdosis $^1/_{150}$ Gran (0,0004 g) pro die und wurde gesteigert bis zu $^1/_{20}$ Gran (0,003 g). Kinder erhielten eine ihrem Alter entsprechende Menge; der jüngste Patient im Alter von neun Jahren, im Anfange $^1/_{250}$ Gran (0,00024 g) dreimal täglich, ansteigend im Verlaufe mehrerer Monate bis zu $^1/_{10}$ Gran (0,06 g) pro die. Hohe Atropindosen wurden also anstandslos vertragen, vorausgesetzt, daß die Anfangsdosis klein war und ganz allmählich gestiegen wurde. Buschan (Stettin).

Campbell Goddes: Report upon the examination of the body of an acromegalic subject.

(Edinburgh Med. Journ., March 1909.)

Sehr eingehende Beschreibung des Sektionsbefundes bei einer 50jährigen Frau mit Akromegalie.

Die Hypophysis war um das Dreißigfache, die Thyreoidea um das Zehnfache ihres normalen Volumens vergrößert. Die Parathyreoideae und die Nebennieren waren ebenfalls vergrößert. Das Hirngewicht war etwas vermehrt. Das untere Ende der Oblongata und die obersten Halssegmente waren durch Vergrößerung der Wirbelkörper komprimiert. Die spinalen Nerven mit Ausnahme der Ischiadizi hatten an Länge und Durchmesser erheblich zugenommen; der palmare Ast des linken Medianus zeigte eine eigentümliche gangliforme Verbreiterung. Die Gelenke ließen durchweg mehr oder weniger ausgeprägte arthritische Veränderungen erkennen. Die oberen drei Halswirbel waren untereinander und mit dem Okziput verwachsen. Das Herz, namentlich die Vorhöfe waren vergrößert; es bestand Perikarditis. Die großen Gefäße waren normal. Die Lymphdrüsen waren durchweg vergrößert. Mammae und Ovarien waren atrophisch, die linke Niere fettig degeneriert. Die mikroskopische Untersuchung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ergab eine allgemeine Verdickung der Arterienwandungen, großen Gefäßreichtum (namentlich waren auch die Knochen sehr bluthaltig) und venöse Kongestion. Die Vergrößerung der Hypophysis war wahrscheinlich als bloße Hyperplasie anzusprechen. Kölpin.

W. H. Roberts: Report of a case of transient Cycloplegia due to Glycosuria.

(Archives of ophthalmology, Bd. XXXVIII, 4, 1909, S. 387.)

Bei einem 51jährigen Diabetiker mit 7% Zucker trat in der Besserung, als nur noch ½% Zucker nachzuweisen waren, eine Akkommodationslähmung auf. Die Pupillen waren äußerlich normal und reagierten prompt auf alle Reize. Nach völliger Heilung des Diabetes ging auch die Akkommodationslähmung wieder zurück. Brons (Dortmund).

C. G. Jung: L'analyse des Rêves.

(L'année Psychologique [1909], Tome XV, 160—167.)

In einer kleinen, klar und anziehend geschriebenen Arbeit resümiert Jung zunächst das Hauptresultat der Freud'schen Traumforschung: „Der Traum ist wie jedes zusammengesetzte psychische Produkt eine Schöpfung, ein Werk, das seine vorausgehenden Assoziationsketten hat und das ebenso wie eine überlegte Handlung, aus einer Überlegung, der Konkurrenz und dem Sieg einer Strebung über eine andere, hervorgeht. Der Traum hat einen Sinn wie jede unsrer Handlungen." Um dies einzusehen, ist mit Freud die fundamentale Unterscheidung zwischen dem manifesten Trauminhalt und den latenten Traumgedanken zu machen.

Der Traum, fährt Jung fort, entspricht der psychologischen Disposition des Subjekts; diese selbst ist das Resultat der psychischen Vergangenheit. Gefühlsbetonte Vorstellungskomplexe bilden die Hauptkomponenten der psychologischen Disposition für jedes psychische Produkt, so auch für den Traum, und es handelt sich bei diesen Komplexen immer um Wunsch und Widerstand. Jung erläutert dies in einer hübschen Analogie an dem seelischen Konflikte der Margarete im Faust, der sie zum Singen des Liedes vom König von Thule veranlaßt, und an einem instruktiven Traumbeispiel seiner Erfahrung.

Um die Widerstände, die sich der Herausgabe der in den Träumen in verkleideter Weise zur Darstellung gelangten gefühlsbetonten Vorstellungskomplexe entgegenstemmen, zu überwinden, arbeitet man mit der psychanalytischen Methode Freud's, deren praktische Anwendung kurz dargelegt wird unter Vorführung einer geeigneten Traumanalyse aus Jung's Traumkasuistik.

Stockmayer (Tübingen).

Vergiftungen.

Leroy: Un cas d'amnésie rétro-antérograde consécutive à une intoxication aiguë par le gaz d'éclairage. (Fall von retro-anterograder Amnesie nach Leuchtgasvergiftung.)

(Bulletin de la Société clinique de médecine mentale, Bd. II, H. 5, 1909.)

55jährige Frau, die schon zweimal an Depressionen erkrankt gewesen, machte in einer solchen einen Selbstmordversuch mit Leuchtgas. Sie wird

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bewußtlos aufgefunden, ins Spital, von dort zur Anstalt gebracht. Acht Tage nach dem Tentamen suicidii fehlt ihr vollkommen die Erinnerung für den ganzen Tag des Tentamen und für die Zeit bis zu ihrem Spitalseintritt. Einige Tage später gibt sie plötzlich an, daß sie Leuchtgas eingeatmet habe. Allmähliche Wiederkehr der Erinnerung bis auf die Zeit der Bewußtlosigkeit. Somatisch Muskelschmerzen, Schwere, Eingeschlafensein der Hände, intensiver Tremor, Unfähigkeit zur Arbeit, infolge Ungeschicklichkeit, Coccygalgie, Schmerzen in der Wirbelsäule, keine Glykosurie, keine Lähmungen. Die somatischen Erscheinungen bilden sich ganz zurück. Die Amnesie für die Erlebnisse vor der Erstickung dauerte 25, die für die nachher 36 Tage. Allers (München).

E. P. Gay, E. E. Southard and J. G. Fitz-Gerald: Neurophysiological effects of anaphylactic intoxication. (Neurophysiologische Wirkungen anaphylaktischer Intoxikation.)

(The Journal of medical research, Bd. XXI, S. 21—41, 1909.)

Verf. untersuchen den Angriffspunkt des Toxins in sensibilisierten Tieren, u. zw. bedienten sie sich als Versuchstiere der Meerschweinchen, die mit Pferdeserum behandelt worden waren. — Injektionen in den subduralen Raum zeigten, daß die letale Menge nicht größer war als die bei intravaskulärer Verabfolgung, woraus hervorgeht, daß der Weg, auf welchem das Toxin zum respiratorischen Zentrum gelangt, gleichgültig ist. Das Intoxikationsbild ist aber kein rein respiratorisches; es treten Reizerscheinungen auf, klonische Krämpfe, oft wiederholte Bewegungen (etwa Wischen der Schnauze), sodann Flexibilitas cerea, Schütteln des Körpers (vielleicht infolge von Parästhesien); außerdem Lähmungen usw., spastische Paraplegien und schlaffe Lähmung der Extremitäten. Endlich kommen Urinabgang und Mydriasis zur Beobachtung. Die Symptome variieren je nach der Stelle der Injektion; die Verabfolgung des Serums durch die Orbita wirkt am schnellsten letal durch die unmittelbare Einwirkung auf die Medulla oblongata. Bei Injektion in die Muskeln oder das Bindegewebe erhält man infolge der langsameren Absorption differenzierte Resultate. Es ist unwahrscheinlich, daß die subduralen Injektionen an den im Subduralraum suspendierten Nervenwurzeln angreifen; zum mindesten kann man durch paraneurale Injektionen außerhalb der Dura keine analogen Erscheinungen hervorrufen. Injektionen in das Kleinhirn scheinen als toxische Wirkung, Opisthotonus und Nystagmus hervorzurufen; möglicherweise ist dieser aber auf die Corpora restiformia oder die Vierhügel zu beziehen. Bei intrazerebralen Injektionen ist die Stelle der Injektion für die entstehenden Symptome ausschlaggebend. Man kann einen motorischen und einen sensomotorischen Reaktionstypus unterscheiden. Verf. versprechen sich großen Erfolg von solchen Versuchen an Tieren, an welchen man vorher Exstirpationen von einzelnen Hirnpartien vorgenommen hat.

Allers (München).

L. W. Weber: Die Behandlung der Trunksucht.

(Deutsche med. Wochenschr., 1909, Nr. 7.)

Ein klinischer Vortrag, der dem Psychiater nichts Neues bietet.

Gaupp.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Psychiatrie.

Fernis: Italian immigration and insanity.

(Amer. Journ. of Insanity, Bd. LXV, Nr. 4.)

Der Italiener ist verhältnismäßig wenig zu Geisteskrankheiten disponiert; das gilt auch für die nach Amerika auswandernden Italiener. Die Italiener stellen in Amerika nur einen Geisteskranken auf 431 Einwohner. Viel ungünstiger liegen die Verhältnisse bei den anderen Nationen; so stellt sich z. B. das entsprechende Verhältnis bei den Russen-Polen 1 : 249, bei den Engländern 1 : 209, bei den Österreichern und Ungarn 1 : 199, bei den Deutschen 1 : 173.

Kölpin.

Massar Bey: Zur Pathogenese der Geistes- und Nervenkrankheiten im Orient.

(Deutsche medizin. Wochenschr., 1909, Nr. 18.)

Der Verf. erklärt die geringe Verbreitung der Psychosen im Orient vor allem durch die Mäßigkeit im Genuß alkoholischer Getränke, die von Religion und Landessitten begünstigte Beherrschung der Gemütsbewegungen und die Einfachheit der Lebensweise. Große Bedeutung für die Entstehung der Psychosen soll die Malaria haben. Häufig beobachtete Krankheitsbilder sind: hysterische Zustände, Paralyse, Dementia praecox und organische Erkrankungen des Nervensystems.

Müller (Dösen).

A. Westphal: Weitere Beobachtungen über im katatonischen Stupor beobachtete Pupillenphänomene nebst einem Erklärungsversuch der „katatonischen Pupillenstarre".

(Deutsche medizin. Wochenschr., 1909, Nr. 23.)

Verf. hat die von ihm beschriebenen (neulich hier referierten) Pupillenstörungen bei Katatonikern wiederholt beobachtet. Es ist — wie mir scheint, mit guten Gründen — diese eigentümliche Form der absoluten Starre in Zusammenhang mit den Veränderungen im Tonus der Körpermuskulatur zu bringen.

Bumke (Freiburg i. B.).

Legrain: Guérison tardive d'états aigus graves. (Spätheilung schwerer akuter Zustände.)

(Bulletin de la Société clinique de médecine mentale, Bd. II, H. 5, 1909.)

Vorstellung von drei Kranken. Der erste hatte schon mit 20 Jahren einen Anfall von Manie; bei der Aufnahme (37 Jahre alt) leicht manisch, bekam nach vier Monaten einen intensiven Erregungszustand mit Rededrang, Temperatursteigerung, der im Laufe von vier Wochen abklang. Darauf durch drei Jahre ängstlich, ratlos, klammert sich an alles an, redet überhaupt nicht, unrein, gefräßig. Nach drei Jahren allmählige Genesung, beginnt zu reden, ungenaue Erinnerung. Verlangt zu arbeiten; nach etwa vierjähriger Krankheit vollkommen geordnet; ein Teil der Erinnerung zurückgekehrt, arbeitet, nimmt an allem teil: genesen. — Der zweite Fall, mit 28 Jahren aufgenommen, zeigt ein läppisch-zufriedenes Verhalten, vereinzelte Halluzinationen. Entwicklung von Echopraxie und Echolalie, stereotype Grimassen, Sprachverwirrtheit; nach zwei Jahren beginnt er wieder zu arbeiten, nach zweieinhalb Jahren Genesung. — Der dritte Fall betrifft eine 60jährige Frau, die durch zehn Jahre stumpf, unrein, speichelnd,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wortlos blieb. Plötzliche Anzeichen von Teilnahme, im Verlauf weniger Monate Genesung, die trotz psychischer Traumen nach der Entlassung bestehen blieb.
Allers (München).

Frank (Charlottenburg): Paranoia hallucinatoria nach Kopfverletzung.
(Medizin. Klinik, 1909, Nr. 30.)

Ein 48jähriger Mann wurde durch eine schwere äußere Gewalt an der rechten Kopfseite getroffen und ihm die Ohrmuschel am Ansatz stark eingerissen; bald darauf klagte er über Kopfschmerzen und Sausen („wie von einem Motor") im Kopfe. Ungefähr ein Jahr nach dem Unfall trat ein deliranter Zustand auf und dann zeigte sich eine halluzinatorische Paranoia. Die Sinnestäuschungen spielten sich hauptsächlich in der Hörsphäre ab und wurden ins rechte (verletzte) Ohr lokalisiert. Bei der Beurteilung des Zusammenhangs zwischen Verletzung und Krankheit spielte die Tatsache eine wichtige Rolle, daß der Betroffene Potator war. Die Berufsgenossenschaft wies zunächst die Rentenansprüche zurück, wurde aber vor dem Schiedsgericht verurteilt, da der erwähnte Kausalnexus trotz Anerkennung der Wirkung des Alkohol-Abusus mit Rücksicht auf die starke Gewalt, die Verletzung des Ohres und die Eigenart der Halluzinationen nicht verneint werden konnte. Liebetrau (Hagen i. W.).

Berkley and Follis: An investigation into the merits of thyreoidectomy and thyrolecithin in the treatment of catatonia.
(Amer. Journ. of Insanity, Bd. LXV, Nr. 3.)

In fünf Fällen von frischer Katatonie sahen die Verff. nach der Exstirpation eines Teils der Schilddrüse (es wurden gegen $^4/_5$ des einen Lappens entfernt) sehr weitgehende Besserungen resp. Heilungen auftreten (Beobachtungsdauer bis zu eineinhalb Jahren). In drei Fällen, wo schon Verblödung eingetreten war, blieb die Operation ohne jeden Einfluß. — Von der kombinierten Darreichung von Thyroidextrakt und Lezithin sahen die Verf. nur im ersten Beginn der Erkrankung gute Resultate. Kölpin.

Southard and Ayer: Dementia praecox paranoid, associated with bronchiectatic lung disease and terminated by brain abscesses (micrococcus catarrhalis).
(Boston Med. and Surg. Journ., Dec. 31, 1908.)

In einem Fall von Dementia praecox (depressiv paranoide Form) bestand eine chronische, in Schüben verlaufende Lungenerkrankung bronchiektatischer Natur mit Neigung zu septikämischen Prozessen und Abszeßbildung. Bei der Sektion fanden sich u. a. auch im Gehirn multiple (frische!) Abszesse.

Verf. hält es nicht für ausgeschlossen, daß zwischen der chronischen Lungenerkrankung und der Psychose irgendwelche inneren Zusammenhänge bestanden haben. Kölpin.

Jung: The psychology of dementia praecox. Autorisierte Übersetzung aus dem Deutschen nebst einer Einleitung von Peterson und Brill. New-York, 1909.
(Nervous and Mental Disease Monograph Series Nr. 3.)

Die bekannte Schrift Jung's ist von Peterson und Brill ins Englische übertragen worden. In der Vorrede betonen die Übersetzer, daß die Lehre Kraepelin's von der Dementia praecox an manchen Punkten doch recht un-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

befriedigt lasse, und hier hätten die Forschungen von Freud und Jung einzusetzen. „Kraepelin, ebenso wie seine Vorgänger, ignoriert vollkommen die Individualpsychologie, die für das Verständnis von Psychosen genau so unbedingt notwendig ist, wie das Mikroskop für die Pathologie. Die gegenwärtigen Schwierigkeiten in der Klassifikation beruhen lediglich auf mangelhafter Kenntnis der Individualität, ohne die eine wirkliche Klassifikation nicht möglich ist."

Die deutsche Ausgabe des Buches ist seinerzeit ausführlich von Isserlin in dieser Zeitschrift (Mai 1907) besprochen worden. Nochmals darauf einzugehen, liegt also an dieser Stelle keine Veranlassung vor. Kölpin.

Barnes: A clinical study with blood examinations of two atypical cases related to the dementia praecox group.

Derselbe: A study of the metabolism of two atypical cases related to the dementia praecox group.

(Amer. Journ. of Insanity, Bd. LXV, Nr. 4.)

Die sehr eingehenden und fleißigen Untersuchungen des Verf. betreffen zwei zur Dementia praecox gehörige Fälle mit periodischem Verlauf (es folgten aufeinander Erregungszustände, Stupor, leidlich „normales" Verhalten). Es ergab sich, daß zugleich mit den Erregungszuständen eine deutliche Hyperleukozytosis eintrat (zugleich Erhöhung von Puls und Temperatur). Die Hoffnung, bei diesen Fällen nun auch regelmäßig wiederkehrende Störungen des Stoffwechsels nachweisen zu können, erfüllte sich leider nicht. Kölpin.

Turtregesilo and Gotuzzo: Mental disordres in ankylostomiasis.

(The Alienist and Neurologist, Bd. XXX, Nr. 1.)

Psychische Störungen bei Ankylostomiasis sind nicht selten. Meist sind sie nur leichterer Natur: Charakterveränderungen, Störungen des Appetits und Geschmacks. Schwerere psychische Erscheinungen sind seltener und entstehen auf dem Boden der Degeneration. Bei den drei in die letztere Kategorie gehörigen Fällen, die die Verf. leider nur sehr kurz mitteilen, handelte es sich das eine Mal um das Auftreten von hypochondrischen und Verfolgungsideen; im zweiten Fall bestanden Gedächtnisstörungen, religiöse Wahnideen und kindisches Benehmen, im letzten Fall Erscheinungen, die an die „Witzelsucht" erinnerten. Kölpin.

Cotton and Southard: A case of central neuritis with autopsy.

(Amer. Journ. of Insanity, Bd. LXV, Nr. 4.)

Im Jahre 1897 hat zuerst Meyer bei einer Involutionsmelancholie degenerative Veränderungen der Beetz'schen Zellen, die der axonalen Reaktion entsprachen, festgestellt. Später gab er dieser Erscheinung den Namen „zentrale Neuritis".

Die Verf. teilen nun den Fall einer 40jährigen Frau mit, die an Melancholie litt. Nach dreijährigem Bestehen der Erkrankung traten hartnäckige Diarrhöen und später fibrilläre Zuckungen hauptsächlich in der Extremitätenmuskulatur sowie auch atrophische Vorgänge in der letzteren ein. Die Kranke wurde zusehends schwächer und starb in einer Art deliriösem Zustand. — Gehirn und Rückenmark waren sehr weich; es fanden sich ausgedehnte Zerfallserscheinungen an Zellen und markhaltigen Fasern; auch das sympathische System war affiziert. Die Zerebrospinalflüssigkeit enthielt Kolibazillen. Kölpin.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Myers, Fisher and Diefendorf: The question of autointoxication in acute depressive psychoses.

(Amer. Journ. of Insanity, Bd. LXV, Nr. 4.)

Stoffwechseluntersuchungen bei akuten depressiven Psychosen ergaben kein bestimmtes pathologisches Resultat. Bemerkenswert ist, daß einige Fälle deutliche Anzeichen von Fäulnisvorgängen im Darm darboten, darunter zwei Fälle mit reiner Milchdiät. In einigen Fällen waren die Phenolwerte erheblich höher wie normal. Kölpin.

G. Neve: 2 Tilfäld af Dementia paretica juvenilis.

(Hosp. Tid., 1909, Nr. 26.)

Kasuistische Mitteilung. Im ersten Fall war die Patientin beim Tode 14 Jahre, im zweiten 18 Jahre alt. Beide waren von Haus aus intellektuell minderwertig. Im ersten Fall verlief die Krankheit zum Teil „zirkulär" mit manisch-stuporösen resp. rein stuporösen Phasen; im zweiten handelte es sich um eine einfache, fortschreitende Demenz. Zahlreiche paralytische Anfälle beschlossen das Krankheitsbild. Der mikroskopische Befund war ein außerordentlich typischer. Krankheitsdauer etwa zwei Jahre in beiden Fällen. A. Wimmer.

Shepherd, Ivory Franz: The knee jerk in paresis.

(Amer. Journ. of Insanity, Bd. LXV, Nr. 3.)

Verf. hat die Ergebnisse der Untersuchung der Patellarreflexe von 4000 Paralytikern zusammengestellt. Von seinen eigenen Untersuchungen sei hier erwähnt, daß er die Zeit der Muskelkontraktion auf 0,1 bis 0,6 Sek. berechnete. Ferner fand er die durchschnittliche Latenzperiode bei gesteigerten Reflexen etwas länger wie bei normalen Individuen, ebenso bei abgeschwächten Reflexen. Bisweilen waren die Latenzperioden auf beiden Seiten ungleich. — Eine Beziehung zwischen dem Charakter der Patellarreflexe und der Verlaufsform der Paralyse, wie dieselbe von einigen Autoren behauptet worden, konnte Verf. nicht feststellen. Kölpin.

Jones: A review of our present knowledge concerning the sero-diagnosis of general paralysis.

(Amer. Journ. of Insanity, Bd. LXV, Nr. 4.)

Kritisches Sammelreferat über die Serodiagnose der Paralyse resp. der Syphilis. Die Literaturangabe (bis Ende 1908) ist, soweit Ref. sehen kann, vollständig, und umfaßt 220 Nummern.

Verf. kommt zu dem Schlusse, daß von den sieben bisher angegebenen Methoden die Wassermann'sche die zuverlässigste und auch die einzig praktisch brauchbare ist. Die Reaktion kann hervorgerufen werden nicht nur durch den Extrakt syphilitischer Lebern als Antigen, sondern durch eine ganze Reihe von Substanzen, die meist, möglicherweise auch alle, lipoider Natur sind. Diese Lipoide finden sich wahrscheinlich in syphilitischen Organen in größerer Menge, aber es liegt kein Grund vor, anzunehmen, daß sie nicht auch wo anders vorkommen können. Im Blutserum oder in der Zerebrospinalflüssigkeit von Luetikern wirken sie auf eine Substanz, die im Englobulin enthalten ist. Diese Kombination besitzt dann die Fähigkeit der Komplementbindung und der Hinderung der Hämolyse. Kölpin.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Erstes Dezemberheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

(Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg i. B. [Prof. Hoche].)

Polyneuritis und polyneuritische Psychose auf morphinistischer Basis.

Von Dr. **Hermann Haymann**, Assistenzarzt der Klinik.

Es liegt nahe, Parallelen zu ziehen zwischen den durch Alkohol erzeugten Krankheitsformen und den im Gefolge von Morphiummißbrauch entstandenen. Diese Parallelen sind aber nur zu einem Teile berechtigt; in Wirklichkeit sind die beiden Gifte gewissermaßen Antagonisten. Dies tritt, wenn wir nur die klinische Seite betrachten, darin hervor, daß ein großer Teil der psychiatrisch interessierenden Symptome des Morphinismus eigentlich solche der Morphiumabstinenz sind.

Die bisher am meisten bekannte und am schärfsten umschriebene Morphiumpsychose ist das Delirium tremens der Morphinisten. Auf seine verwandtschaftlichen Beziehungen zu dem der Trinker weist schon der Name hin; während aber dieses letztere in der weitaus größten Zahl der Fälle eine Folge des starken Alkoholgebrauchs ist, entsteht das erstgenannte im Anschluß an die Morphiumabstinenz; die Symptome beider sind dabei überraschend ähnlich; keineswegs sind, wie auch Kraepelin betont, die von Abraham angeführten unterscheidenden Merkmale durchgreifende. Außer dem Delirium tremens ist noch eine Form der Störung als beiden Giften zukommend beschrieben worden: die Dipsomanie. Krafft-Ebing hat Fälle beobachtet, wo Alkoholdipsomane beim Herannahen ihres Anfalles zeitweilig zur Morphiumspritze gegriffen haben statt zur Flasche. Und französische Autoren (Anthéaume et Leroy) haben eine Form der Morphiumsucht gesehen, die wie die Trunksucht des Dipsomanen periodisch auftritt.

Nach einer weiteren Parallelkrankheit wurde schon seit Jahren gewissermaßen gesucht: nach einer polyneuritischen Psychose auf morphinistischer Basis. Schon die Morphiumpolyneuritis ohne geistige Störung wurde von den Neurologen quasi postuliert; die Psychiater fahndeten dann nach der zugehörigen Psychose.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nun hat in den allerjüngsten Wochen Martin Hirschberg einen Fall mitgeteilt, wo sich bei einem Morphinisten unmittelbar im Anschluß an eine besonders starke Morphiumzufuhr eine periphere Neuritis mit vasomotorischen Erscheinungen der Haut, partiellen motorischen Lähmungen und Beeinträchtigung der Sensibilität entwickelt hat. Das ganze Bild mußte als „seltene Nebenerscheinung bei akuter Morphiumvergiftung" gedeutet werden. Entsprechende psychotische Züge fanden sich nicht. Aber auch sonst findet sich in der Literatur kein Fall, der sicher als polyneuritische Psychose auf Grund von Morphiumgenuß gedeutet werden könnte. Knapp spricht zwar den Verdacht aus, daß es sich in einem der von Tiling mitgeteilten Fälle vielleicht um die Folge von Morphiummißbrauch gehandelt haben könnte. Tiling selbst erwähnt die Möglichkeit dieser Ätiologie aber gar nicht, und in der Tat ist es auf Grund der von ihm angeführten Daten kaum möglich, jenen Verdacht zu erhärten.

Im folgenden möchte ich nun über einen Fall berichten, in dem mir der Zusammenhang zwischen Morphiummißbrauch und polyneuritischer Psychose über jeden Zweifel erhaben zu sein scheint, und der auch sonst einige nicht uninteressante Einzelheiten bietet. Um nicht zu ermüden, sei nur das Wesentlichste aus der Krankengeschichte so mitgeteilt, wie es sich aus den chronologischen Einträgen ergibt.

Es handelte sich um eine 31jährige Patientin, die vom 9. II. bis zum 19. VIII. 1909 in unserer Klinik untergebracht war. Von Hause aus etwas nervös disponiert, wurde sie vor sieben Jahren zur Morphinistin, als ihr vom Arzt zur Bekämpfung sehr heftiger, durch eine Trigeminusneuralgie verursachter Schmerzen erstmals Morphium verschrieben wurde. Das Mittel hatte anfangs allerlei unangenehme Nebenwirkungen hervorgerufen (Erbrechen usw.), die aber bald verschwanden. Trotzdem versuchte Patientin mehrmals vom Morphium loszukommen, teils durch eigene Kraft, teils unter ärztlicher Leitung in Sanatorien. Der Erfolg blieb jedesmal aus. Zum Teil waren es besonders widrige Familienverhältnisse, die der Patientin immer wieder die Spritze in die Hand drückten. Dazu kamen neue Attacken der Gesichtsneuralgien. Hatte sie anfangs eine 1%ige Lösung verwendet und sich mit einer Spritze begnügt, so war sie allmählich zu 4%igen Lösungen übergegangen und gab sich gewöhnlich mehrere Spritzen unmittelbar nacheinander. So injizierte sie sich in den letzten Tagen des Oktobers 1908 mehrere Tage nacheinander etwa 35 Spritzen dieser letzten Lösung, also gegen 1,5 g Morphium. Da verspürte sie plötzlich starke ziehende Schmerzen in der Wadenmuskulatur, die sich besonders steigerten, wenn sie auf ansteigender Ebene zu gehen versuchte. Dies dauerte etwa vier Tage lang, und der Arzt nahm eine „rheumatische" Störung an. Dann konnte Patientin plötzlich eines Morgens nicht mehr auf ihren Beinen stehen; bei dem Versuche, aus dem Bett zu steigen, fiel sie um und verspürte einen blitzartigen Schmerz; jeder erneute Versuch zu gehen oder zu stehen hatte das gleiche Ergebnis. Die Beine waren gelähmt, konnten so gut wie gar nicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mehr bewegt werden. Dazu bildete sich nach und nach eine, wenn auch viel geringere, Lähmung der Hände und der Vorderarme aus; zuerst hatte Patientin in den Fingerspitzen das Gefühl des Einschlafens gehabt, dann trat starkes Zittern der Hände auf und schließlich die Lähmung, die aber nie eine vollständige war. Dazu kamen mehrmals eine Rötung im Gesicht, am Hals und an der Brust „wie ein Friesel"; nachher waren „zitronengelbe Flecken" aufgetreten. Wegen der Lähmungserscheinungen erfolgte nach einigen Wochen die Aufnahme in das heimische Spital. Dort wurde mit einer Entziehungskur begonnen, während welcher Patientin sich sehr aufgeregt gebärdete, lärmte, eine starke sexuelle Begehrlichkeit an den Tag legte und mehrfach Selbstmordversuche anstellte. Bevor die Entziehung beendet war, sollte die Patientin (nach der Lage äußerer Umstände) hierher in die offene Abteilung unserer Klinik gebracht werden. Unterwegs trat ein so bedrohlicher Kollaps auf, daß die Unterbringung im nächstgelegenen Krankenhaus erfolgen mußte, wo die Morphiumdosis wegen der bedenklichen Erscheinungen wieder gesteigert wurde. Nach weiteren 14 Tagen erfolgte dann schließlich die Überführung hierher (9. II.). So weit die Vorgeschichte, zu der nur noch das eine bemerkt sein mag, daß Patientin nie Alkoholistin gewesen ist, ja überhaupt fast keinen Alkohol genossen hat; daß ebensowenig eine andere toxische Einwirkung oder eine Infektion vorausgegangen ist.

Im folgenden — Aufnahmebefund und Verlauf — möchte ich nun, um Wiederholungen zu vermeiden, die einzelnen Symptomenkomplexe so wie sie sich unter unseren Augen entwickelt haben, getrennt verfolgen, zunächst die neurologischen, dann die psychiatrischen.

Die Morphiumdosis, auf die in den ersten Tagen herabgegangen werden konnte, waren 2—3 Spritzen einer 3%igen Lösung.

Der körperliche Allgemeinzustand der großen, gut gebauten Patientin war bei ihrem Eintritt gut, sowohl Ernährungszustand als Farbe der Haut und der Schleimhäute. Aus dem Allgemeinstatus sei noch erwähnt, daß die oberen Zähne durch künstliche ersetzt waren; die eigenen waren der Trigeminusneuralgie wegen entfernt worden. Die Pulsfrequenz betrug ca. 90 Schläge, der Herzbefund wich im übrigen nicht von der Norm ab, ebensowenig der Nieren- bzw. Urinbefund.

Am meisten fielen in die Augen die Erscheinungen von seiten der Beine. Die Patientin konnte nur mit Mühe stehen; mit geschlossenen Füßen zu stehen, war selbst unter Kontrolle der Augen nicht möglich. Der Gang war sehr unsicher, breitspurig rutschend. Die Wadenmuskulatur war beiderseits schlaff. Die Füße und die Partien um die Knöchel waren geschwollen, und die Haut darüber zeigte einen starken Glanz. In Rückenlage, wobei beide Füße leichte Spitzfußstellung einnahmen, vermochte Patientin beiderseits den Fuß nicht dorsal zu flektieren; selbst auf lebhafte Innervationsversuche trat links nur eine minimale Supination, rechts nur eine minimale Flexion der großen Zehe ein. Der Versuch, passive Bewegungen auszuführen, rief äußerst heftige Schmerzen hervor. Die Bewegungen im Knie und im Hüftgelenk waren frei. — Die Motilität der oberen Extremitäten war nicht so grob gestört; nur hatte Patientin die Empfindung, daß ihr die Bewegungen schwer fielen, namentlich, wenn es sich um feinere Bewegungen handelte, etwa um das Führen einer Nadel. Diese subjektive Unsicherheit steigerte sich in den nächsten Tagen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weiter, und eine Schriftprobe, die einige Zeit nachher geliefert wurde, zeigt auch objektiv etwas Unsicheres, Ausfahrendes, so daß manche Buchstaben und Worte kaum zu lesen sind.

Die Patellar- sowie die Achillessehnen- und die Plantarreflexe waren nicht auslösbar; dagegen waren die Reflexe der oberen Extremitäten und ebenso die Bauchdeckenreflexe intakt.

Eine Sensibilitätsprüfung war nur in sehr beschränktem Umfange möglich. Am ganzen Körper zeigte sich eine gewisse Hyperästhesie bzw. Hyperalgesie: insbesondere wurden an den Unterschenkeln und an den Füßen schon leichte Berührungen als äußerst schmerzhaft empfunden. Die Trigeminusdruckpunkte waren schmerzempfindlich. — Ebenfalls wegen der hohen Schmerzempfindlichkeit ließ sich eine geordnete elektrische Prüfung damals nicht durchführen.

Blasen- und Mastdarmfunktion waren zu jener Zeit intakt.

Ebenso waren es die Gehirnnerven. Nur der Pupillenbefund sei besonders hervorgehoben. Die Pupillen waren mittelweit, gleich, kreisrund; während aber die Reaktion auf Konvergenz nur ganz wenig geschädigt war, war die auf Licht deutlich träge. Bei wiederholter Prüfung ergab sich dabei noch der folgende beachtenswerte Umstand: die Pupillen reagierten auf Licht um so träger, je längere Zeit seit der letzten Morphiuminjektion verflossen war, schließlich so gut wie gar nicht mehr, und die Reaktion besserte sich innerhalb einiger Minuten ganz erheblich, wenn eine neue Dosis Morphium verabreicht wurde. — Der Augenhintergrund zeigte nichts Abnormes.

Ehe die psychischen Erscheinungen besprochen werden, sei nun gleich im Anschlusse an diesen körperlich-neurologischen Status weiteres über den Verlauf in dieser Richtung mitgeteilt. Dabei sei erwähnt, daß die Tagesdosis, die am 6. III. noch drei halbe Spritzen einer $1\frac{1}{2}\,\%$igen Lösung betrug, allmählich weiter herabgesetzt wurde, so daß vom 20. III. an kein Morphium mehr verabreicht wurde. Es war inzwischen, am 13. III., die Verlegung von der offenen Abteilung der Kinik nach der geschlossenen erfolgt.

Am 2. III. ist in der Krankengeschichte ein mehrere Stunden anhaltendes Erythema universalis vermerkt, am 17. III. ein plötzlich auftretendes Erythem des Nackens und der rechten Schulter, das wiederum im Laufe einiger Stunden völlig abblaßte.

Am 19. III., wo also die gereichte Morphiumdosis auf ihr Mininum (0,5 cg) herabgesunken war, ließ Patientin erstmals Urin unter sich; dazu kam am nächsten Tag auch Inkontinenz für Stuhl, und diese vollkommene Inkontinenz dauerte zehn Tage an. In den darauffolgenden Tagen war dann die Kranke noch ab und zu unreinlich.

Um die gleiche Zeit (19. III.) trat eine Sprachstörung auf; die Sprache wurde verwaschen, unsicher, zuweilen kaum mehr verständlich; Patientin selbst jammerte manchmal darüber, daß sie namentlich einzelne Laute nicht mehr bilden könne. Auch diese Erscheinung dauerte etwa zehn Tage in ihrer vollkommenen Ausbildung, ging aber auch nachher nur langsam, im Verlaufe von ca. zwei Monaten, zurück.

Der Befund an den unteren Extremitäten blieb lange Zeit unverändert, sowohl in motorischer als in sensibler Beziehung — soweit der später zu erwähnende psychische Zustand eine Prüfung zuließ. Insbesondere zeigten sich die Nervendruckpunkte an den Beinen und die Wadenmuskulatur äußerst schmerz-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

empfindlich. Am längsten zeigte sich die Hyperalgesie in der Planta pedis. Während die Beine so lange Zeit das gleiche Bild zeigten, ließ sich die Besserung in Armen und Händen früher (Ende IV.) an einer deutlichen Besserung der Schrift konstatieren.

Eine genauere elektrische Prüfung der Beine konnte erstmals am 30. IV. angestellt werden. Sie hatte folgendes Ergebnis. Rechts zeigte sich bei starken, eben noch zu ertragenden galvanischen Strömen im Gebiete des Tib. ant. geringe, etwas träge Zuckung, K. stärker als A.; dagegen erhielt man bei diesen Strömen von der Streck- und Beuge-Muskulatur des Ober- und den anderen Muskelgebieten des Unterschenkels gar keine Reaktion. Faradisch ließ sich im Gebiete des Tib. ant. minimale Kontraktion erzielen, sonst überhaupt nichts. Links war der galvanische Befund am Oberschenkel wie rechts. Die Unterschenkelmuskulatur zeigte in den Perinei gar keine Reaktion, dagegen im Gebiete des Tib. ant. und in den angrenzenden Teilen des Triceps surae deutliche Reaktion, die stellenweise prompt, stellenweise träge, an einzelnen Stellen bei A., an anderen Stellen bei K. stärker war. Faradisch ergab sich wiederum nur im Gebiete des Tib. ant. einige Reaktion.

Die Pupillenträgheit blieb noch lange Zeit bestehen. Auch war zeitweise eine leichte Entrundung auf beiden Seiten festzustellen.

Der weitere Verlauf sei kurz zusammengefaßt. In den folgenden Monaten kehrten wie gesagt zuerst die Verhältnisse an den oberen Extremitäten zur Norm zurück; die Parästhesien schwanden dort zuletzt, immerhin auch schon im Laufe des Monats Mai. Etwa zur gleichen Zeit funktionierten Blase und Mastdarm wieder vollkommen. Ebenso wurde die Sprache deutlicher und schließlich ganz unauffällig. Die Beweglichkeit in den Fuß- und Zehengelenken kehrte erst sehr spät zurück und war selbst bei der Entlassung der Patientin (19. VIII.), obwohl um diese Zeit die Beine für den Gebrauch vollkommen tüchtig waren und nur noch geringe Schwellung und leichten Glanz in der Knöchelgegend zeigten, nicht absolut intakt. Die Schmerzempfindlichkeit an den Nervenstämmen, an der Wadenmuskulatur und bei passiven Bewegungen blieb noch lange Zeit recht erheblich; die allgemeine Hyperalgesie trat zuerst zurück, und es ließ sich dann feststellen, daß die Hautempfindlichkeit im übrigen nicht gestört war, und schließlich schwanden auch noch jene Schmerzen an den Prädilektionsstellen.

Die elektrische Prüfung wenige Tage vor der Entlassung ergab rechts und links gleiche Verhältnisse, nämlich bei faradischen Strömen vollkommen normalen Befund, bei galvanischen im ganzen Tibialis- und Peroneusgebiet bei direkter und indirekter Reizung etwas träge, aber überall deutliche Reaktion, nirgends etwa eine Umkehr der Zuckungsformel. Der Befund an den Oberschenkeln entsprach durchaus der Norm.

Zur gleichen Zeit war der bis dahin nie auszulösende Patellarreflex wieder deutlich vorhanden, wenigstens mit Jendrassik'schem Handgriff; die Achillesreflexe waren nicht sicher nachzuweisen; dagegen war der Plantarreflex ebenfalls wiedergekehrt.

Der Gesamthabitus der Patientin, die in den ersten Wochen (um 4 kg) an Gewicht abgenommen hatte, hatte sich sehr gehoben (Zunahme 13 kg); die Gesichtsfarbe, die zur Zeit der stärksten Prostration fahl und grau geworden war, zeigte die anfängliche Rötung wieder. Der Gang war nicht mehr auffällig; bei Gelegenheit hatte Patientin sogar ohne Schaden etwas getanzt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir gehen nunmehr dazu über, das psychische Bild zu skizzieren.

Bei der Aufnahme in die Klinik, also zu der Zeit, wo eine Entziehung bereits eingeleitet, dann aber wieder unterbrochen worden war, standen im Vordergrunde subjektive Klagen der Patientin, und zwar über hochgradige Abgeschlagenheit, starke Überempfindlichkeit gegen die verschiedensten Reize, Ekel vor der gewöhnlichen Nahrung, Brechreiz. Ferner klagte Patientin über Halluzinationen, denen sie jedoch noch ziemlich objektiv gegenüberstand: sie höre fast ununterbrochen das Sausen eines Sturmes oder Glockenläuten, so als ob zwei Glocken in der Ferne miteinander abwechselten; sie sehe Kugeln, die bei Tag und Nacht vor ihren Augen auf- und abstiegen, hervorgehend aus Punkten, die allmählich größer werden und dann wieder verschwinden, immer in lebhaften Farben, rot, grün, blau, violett; gelegentlich habe sie auch abnorme, nicht näher zu beschreibende Geruchsempfindungen, und unter der Haut scheine sich manchmal etwas hin und her zu bewegen. Äußerst quälend sei ein sehr starker Drang nach sexueller Befriedigung. Außerdem werde sie durch anhaltende Selbstmordgedanken belästigt; ohne es zu wollen und ohne davon loskommen zu können, müsse sie sich die absurdesten Selbstmordmethoden bis ins kleinste ausdenken, und sie fürchte, dadurch noch einmal wirklich zum Selbstmord getrieben zu werden. Die Stimmung der Patientin zeigte etwas sehr Labiles; herrschte auch im ganzen das depressive Moment mit Neigung zu Verzweiflungsausbrüchen vor, so trat doch oft ganz unvermittelt, wohl zugleich mit einem Nachlassen der subjektiven Beschwerden, eine gehobene Stimmung ein, die bis zur Ausgelassenheit gehen konnte. Eine Besserung der Stimmung zeigte sich natürlich jedesmal mit der Morphiuminjektion, wie umgekehrt die Zeit vor einer solchen zugleich die Zeit der stärksten Depression war. Erotische Züge zeigten sich mannigfach.

In der nächsten Zeit steigerten sich all die angeführten Einzelheiten. Insbesondere traten auch immer neue Klagen über Körpersensationen hervor, darunter solche ganz eigentümlicher Art, daß z. B. bei Druck auf die Karotisgegend, und nur so lange, am ganzen Leibe eine unangenehme Kälte zu verspüren sei. Auch das Erotisch-Kokette ihres Wesens trat immer mehr hervor, so daß Patientin für ihre Umgebung anstößig wurde. Auch wurde sie in ihren depressiven Phasen immer unruhiger, larmoyanter, so daß schließlich die erwähnte Verlegung nach der geschlossenen Abteilung nötig wurde.

Hier zeigte sich immer mehr in ihrem ganzen Wesen etwas Zerfahrenes, und alsbald (die erste bezügliche Eintragung stammt vom 15. III.) traten Störungen in der Merkfähigkeit, auch retroaktive Amnesie und Neigung zu Konfabulationen auf. Es zeigte sich dies alles sehr schön bei einer Prüfung ihrer anamnestischen Daten. Patientin wußte nicht nur die Einzelheiten nicht mehr, die sie wenige Wochen vorher, nach der Aufnahme, angegeben hatte; sie vergaß auch während einer Exploration die Angaben, die sie über einzelne Punkte gemacht hatte, so daß sie sich selbst in einfachsten Dingen fortgesetzt widersprach. Etwaige Lücken suchte sie dann durch konfabulierte Angaben auszufüllen. Es sei als Beispiel erwähnt, daß Patientin zwar noch wußte, daß sie im vorigen Jahre eine Entziehungskur angefangen hatte; sie konnte aber weder den Namen des Arztes noch den Ort angeben; auf die Frage, in welchem Land der Ort liege, fiel ihr auch das trotz allen Besinnens nicht ein; schließlich half sie sich, indem sie erklärte, das Städtchen liege bei München;

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in Wirklichkeit liegt der betreffende Ort zwar in Bayern, aber sehr weit von München entfernt, nahe dem Bodensee.

Nach und nach wurde sie immer zerfahrener und verworrener; ihre Antworten waren oft völlig inkohärent. Die Konfabulationen wurden immer abendteuerlicher und zugleich oberflächlicher; die Merkfähigkeitsstörung immer ausgesprochener, ebenso die retroaktive Amnesie. Dazu traten Personenverkennung und Desorientierung. Es fiel dies zeitlich zusammen mit dem Eintritt der Inkontinenz und der wachsenden Unsicherheit der Sprache. Dazu fiel die große Affektlosigkeit auf. Der Tatsache der Inkontinenz z. B. stand die Kranke völlig gleichgültig gegenüber. Man mußte zweifellos von einem ethisch-ästhetischen Defekte sprechen.

Ferner traten nun (erstmals in der Nacht vom 20. zum 21. III.) äußerst lebhafte phantastische Halluzinationen auf, denen Patientin aber nicht mehr so objektiv gegenüberstand wie den früheren elementaren Sinnestäuschungen; die jetzigen trugen fast alle deliranten Charakter und hatten zum großen Teile beängstigenden Inhalt. Die Kranke sieht z. B. auf ihrer Bettdecke fünf oder sechs graue Fische „wie aus einem Schwein herausgeschnitten"; die Wärterin habe sie dahin gesetzt, worüber Patientin sehr ungehalten ist. Von der Realität ihrer Sinneseindrücke ist sie auch am folgenden Tage noch überzeugt und schimpft alsbald wieder auf die Wärterin. Ein anderes Mal klagt sie erregt darüber, daß man ihr eiskaltes Wasser ins Bett gegossen habe. In raschem Wechsel sieht sie dann wieder rings um sich herum Menschen mit Tierköpfen und Schweine mit Menschenköpfen; vor den Gestalten fürchtet sie sich, kümmert sich dagegen um ihre wirkliche Umgebung gar nicht. Ein anderes Mal hört sie ihre Mutter rufen, sie solle sich retten, versucht wiederholt, dem Rufe zu folgen, was ihr bei dem Zustand ihrer Beine natürlich mißlingt; darüber ist sie tief unglücklich und setzt sich so gut es geht gegen die Wärterin, die sie zu Bett bringen will, zur Wehr. Dann wieder jammert sie, der Turm, auf dem sie stehe, brenne ja, sie müsse fliehen. Alle diese und ähnliche Halluzinationen treten fast nur nachts auf. Am Tage treten viel mehr die Konfabulationen in den Vordergrund; diese sind vielfach erotisch gefärbt, zeigen Größentendenzen und werden teilweise in geheimnisvoller Form vorgebracht. Als ein Beispiel, das diese verschiedenen Charakteristika zeigt, sei z. B. ihre Erzählung angeführt, sie habe mit dem Fürsten Bülow geschlechtlich verkehrt, was sie dann mit den verschiedensten Einzelheiten ausmalt. Als Beispiel dafür, wie die Merkfähigkeit gestört war, sei angeführt, daß sie damals nie wußte, ob sie z. B. schon zu Mittag gegessen hatte; wie man ihr umgekehrt, wenn hin und wieder der Wunsch nach Morphium leise auftauchte, ohne Mühe einreden konnte, sie habe ja erst vor wenigen Augenblicken eine Spritze erhalten. Die Tageszeiten wurden beständig von ihr verwechselt. Auch glaubte sie bald hier, bald dort zu sein, besonders in kalten Ländern, da sie ja fortwährend friere. Selbst eine Blutentnahme zum Zwecke der Wassermann'schen Reaktion (die, wie hier bemerkt sei, vollkommen negativ ausfiel), was für sie doch immerhin ein Ereignis darstellte, hatte sie nach kurzer Zeit völlig vergessen.

Ganz allmählich traten die stürmischen Erscheinungen zurück. Patientin war noch schwer besinnlich, dämmerte gewöhnlich vor sich hin, horchte noch zeitweise gespannt an der Wand, um durch diese hindurch, wie sie z. B. angab, polnische Lieder zu hören, zeigte noch längere Zeit geringe Einsicht für ihre

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Situation, hatte wenig Interesse für ihre Umgebung, war stets sehr leicht ermüdbar. Nach und nach schwanden aber auch diese Dinge. Die Patientin wurde freier, klarer, blieb nur noch etwas langsam und unbeholfen im Denken. Es war dies zur selben Zeit, wo Sprache und Schrift sich gebesssert hatten, während der Gang damals immer noch sehr schwerfällig war. Die Kranke nahm mehr Anteil an ihrer Umgebung, suchte zu imponieren, sich interessant zu machen, selbst durch Klagen über allerlei Beschwerden, schrieb zahlreiche Briefe, verfaßte sehr viele nichtssagende Gedichte. Die eigentlich psychotischen Erscheinungen waren schließlich vollkommen zurückgetreten. Was blieb, war das Bild einer launischen, koketten, kritiklosen Degenerierten.

Von dem vorausgegangenen Zustand hatte sie für sehr viele Einzelheiten keine Erinnerung. Insbesondere fehlte, wenigstens gab sie das an, die Erinnerung dafür, daß sie unreinlich gewesen war. Dagegen waren zahlreiche der phantastischen Sinnestäuschungen haften geblieben. Von der ersten Zeit auf der geschlossenen Abteilung, also etwa Mitte März bis Anfang April, gab sie folgende Schilderung: „Beinahe drei Wochen war ich vollständig blind; ich sah den Arzt nur dreimal ganz blitzartig, sonst nie so, wie er wirklich war; ich glaubte nur, ihn einmal in einer morgenländischen Kleidung und einmal in einem goldenen Mantel gesehen zu haben. Ebenso hörte ich den Doktor nie zu mir sprechen, wie wenn er vor mir stünde; seine Stimme kam wie von weither, leise und gedämpft, aber das auch, wenn er gar nicht da war. Einmal träumte ich tagelang eine ganze zusammenhängende Geschichte aus dem 16. Jahrhundert, ich sah und hörte täglich den Schloßherrn und seine Frau und verkehrte mit ihnen. Einmal war ich in einem großen Saal, da hingen alle meine Lieblingsgemälde, nur alle viel größer und schöner als sonst, und alle ihre Maler kamen zu mir und sprachen mit mir. Aber es war immer alles wie durch einen Schleier, das Sehen und das Hören.“ Sie erinnerte sich ferner, daß sie immer viel Angst ausgestanden, daß sie entsetzliche Qualen sexueller Art erduldet, und daß sie immer gefürchtet habe, in sexueller Beziehung verdächtigt zu werden. Alle diese Erinnerungen waren auch noch lebendig, als die Patientin am 19. VIII. die Klinik verließ. Natürlich war sie in diesem Zeitpunkt zeitlich und örtlich wieder völlig orientiert; das Gedächtnis zeigte für neue Eindrücke wie für weiter Zurückliegendes durchschnittliche Stärke; von einem deutlichen Intelligenzdefekt kann nicht gesprochen werden, wenn auch für logisches Denken und in der Beurteilung von Situationen eine gewisse Schwäche zweifellos vorhanden war; sie lag aber auf jeden Fall innerhalb der Gesundheitsbreite, und ein Vergleich mit früher war nicht möglich; wahrscheinlich erschien es nach allem, daß diese Schwäche nicht etwa erst erworben war.

Erwähnt sei noch, daß Patientin nie wieder nach einer Spritze verlangt hat, dagegen ziemlich häufig, bei kleinen körperlichen Beschwerden, nach Brom oder Opiumtinktur, die ihr von früheren Entziehungskuren her bekannt waren.

Endlich sei der Vollständigkeit halber mitgeteilt, daß therapeutisch neben der Elektrizität das Strychnin Verwendung fand.

Wenn wir nun unsern Fall betrachten, so wollen wir wiederum zunächst das Somatisch-Neurologische ins Auge fassen.

Daß es sich um eine echte Polyneuritis gehandelt hat, kann wohl nicht zweifelhaft erscheinen. Wir sehen ja so gut wie alle Symptome,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die für sie charakteristisch sind, in vollkommener Ausbildung: akuter Anfang mit Parästhesien und Schmerzen in den Extremitäten, ganz besonders den unteren, eine fast symmetrische, fortschreitende Schwäche in den Beinen bis zur völligen Lähmung mit teilweiser Entartungsreaktion und Fehlen der Sehnen- und Hautreflexe in diesem Gebiete, Druckempfindlichkeit der Wadenmuskulatur und der Nervenstämme, Hypotonus der Muskeln, Hyperästhesie bzw. Hyperalgesie, Ödeme, Hautaffektionen in Gestalt von flüchtigen Erythemen, vorübergehende Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion, Störungen der Pupilleninnervation, endlich Ausgang in Heilung. Das vollendete Bild einer Polyneuritis. Diese Ansicht stand seit Monaten fest, fand aber noch eine Stütze durch die erwähnte Veröffentlichung Hirschberg's, dessen Fall doch einige Ähnlichkeit mit dem unseren hat, insofern auch dort bei einem Morphinisten nach besonders großer Morphiumzufuhr multiple neuritische Prozesse mit vasomotorischen Erscheinungen an der Haut, Lähmungen und Sensibilitätsstörungen auftraten.

Zwei Symptome mögen noch mit einigen Worten besonders besprochen werden. Was zunächst die Störungen der Mastdarm- und Blasenfunktion betrifft, so muß es dahingestellt bleiben, ob sie wirklich zum Bilde der Polyneuritis zu rechnen sind; sie sind zwar in seltenen Fällen bei Polyneuritiden einwandsfrei festgestellt, so daß man wohl eine Läsion der betreffenden Nerven durch die schädigende Noxe annehmen konnte; in anderen Fällen hat man auch die Inkontinenz auf eine bei der alkoholischen Polyneuritis anatomisch nachgewiesene Hinterstrangserkrankung bezogen. Wir werden aber in unserem Falle mindestens ebensosehr oder noch mehr an die Möglichkeit einer psychischen Grundlage denken müssen. Das apathische Wesen, die fortgesetzte leichte Verwirrtheit, die unsere Patientin zur Zeit der Inkontinenz bot, würden ja ebenfalls die Erscheinungen ohne Zwang erklären lassen. Immerhin mag die Frage unentschieden bleiben.

Der andere Punkt, der noch hervorgehoben werden soll, betrifft die Pupillenreaktion. In allen Lehrbüchern und Monographien wird darauf hingewiesen, daß der Morphinismus Pupillenstörungen verursachen kann, und so auch Pupillenträgheit und selbst Pupillenstarre. Ebenso ist in seltenen Fällen von alkoholistischer Polyneuritis Pupillenstarre beobachtet worden. In unserem Falle hatten wir Pupillenträgheit, die ja diagnostisch der Pupillenstarre im allgemeinen fast gleich zu setzen ist. Die hier sich nun aufdrängende Frage, ob diese Erscheinung in unserem Falle eine der auch sonst bei Morphinismus beobachteten Pupillenstörungen darstellt oder Teilerscheinung der Polyneuritis ist, mag vorläufig ebenfalls unentschieden bleiben. Ich neige zu der letzteren Auffassung, und zwar aus folgenden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gründen. Während der Abstinenz, und um diese Zeit handelte es sich, wird, wenn die Entziehung auch noch nicht vollständig durchgeführt ist, gewöhnlich Mydriasis und oft eine abnorm lebhafte Reaktion beobachtet, gerade das Gegenteil von den Verhältnissen, die während der Intoxikationsperiode herrschen; nehmen wir aber an, daß die Patientin noch unter der Giftwirkung gestanden hätte, so widerspräche die gleichzeitige mittlere Pupillenweite. Andererseits spricht für unsere Auffassung die Tatsache, daß eben bei der Alkoholneuritis, mit der ja unser Bild durchweg die allergrößte Verwandtschaft zeigt, ganz analoge Pupillenstörungen auftreten, die sich nach Moeli am besten als Folge einer Neuritis im zentrifugalen Teile des Reflexbogens erklären lassen. Wir möchten also den Pupillenbefund in unserem Falle eher als zum Bilde der Polyneuritis gehörig und nicht als Teilerscheinung der Morphiumintoxikation auffassen.

Der Pupillenbefund zeigte nun aber noch eine andere sehr bemerkenswerte Seite. Schon kurz nach der Aufnahme auf die offene Abteilung wurde festgestellt (Dr. Spielmeyer), daß die Lichtreaktion um so träger wurde, je mehr Zeit seit der letzten Injektion verflossen war, und daß wenige Minuten nach einer neuen Injektion die Reaktion wieder besser, vollständig prompt wurde. Eine gleiche oder ähnliche Beobachtung habe ich nirgends finden können. Dagegen ist wohl die Beobachtung Oppenheim's damit in Parallele zu setzen, wo in einem Falle während der Entziehung Bewegungsataxie auftrat, die bei erneuter Morphiumzufuhr schwand. Eine Erklärung gibt Oppenheim nicht. Der Satz Kraepelin's, daß alle Entziehungserscheinungen sich durch das Morphium selbst wieder beseitigen oder doch erheblich mildern lassen, bezieht sich doch wohl viel mehr auf die subjektiven Beschwerden während der Entziehung, Verstimmung, Unruhe usw., als auf die objektiven Symptome; und soweit er auch für die letzteren gilt, erklärt er die Tatsachen jedenfalls nicht, sondern konstatiert sie nur. Vielleicht ließe sich das Dunkel auf experimentellem Wege lichten. Daß wir der entwöhnten Patientin nicht etwa experimenti causa nochmals Morphium injiziert haben, ist selbstverständlich, und so kann ich auch nicht sagen, wie sich bei der Entlassung die Pupillen auf Morphium verhielten. Die Tatsache, daß Morphium die erwähnte Wirkung auf die beeinträchtigte Pupillenreaktion hatte, könnte vielleicht als Argument gegen die oben ausgesprochene Ansicht vom neuritischen Ursprunge jener Störung ins Feld geführt werden; sicher ist dies natürlich, bei dem Mangel einer genügenden Erklärung, vorläufig nicht zu widerlegen.

Vielleicht wird aber umgekehrt ein anderer Schluß nahe gelegt, nämlich der, daß wir auch sonst in einzelnen Fällen, wenn wir einfach von der Wirkung des Morphiums oder der Morphiumabstinenz sprechen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

richtiger von Erscheinungen der Morphiumneuritis sprechen sollten. Eine Reihe der beobachteten Symptome ließe sich zwanglos als neuritisch auffassen — nachdem jetzt einmal mit dem Dogma, daß es keine Morphiumneuritis gebe, gebrochen ist. So wenn wir z. B. als Symptome aufgeführt finden: motorische Schwäche, Fehlen der Patellarreflexe (Kraepelin), Abstumpfung der Sensibilität (Jastrowitz), Pupillenstörungen und Störungen der Sprache (Levinstein). Der degenerative Prozeß muß ja nicht stets ein so hochgradiger sein, wie wir ihn in unserem Falle wohl voraussetzen müssen. Möglicherweise wird uns hier die pathologische Anatomie weiter helfen. Warum sollte denn hier der Parallelismus zum Alkohol aufhören? Gerade in jüngster Zeit hat denn auch Schütz, der Rückenmark und periphere Nerven einer Morphinistin untersucht hat, auf die auffallende Übereinstimmung seines pathologischen Befundes mit dem bei chronischem Alkoholismus hingewiesen.

Und nun die psychischen Erscheinungen! Sie treten, wie eingangs gesagt, soweit sie wirklich das Bild einer Psychose zusammensetzen, im allgemeinen nicht während des Morphiumgebrauchs, sondern während der Morphiumabstinenz auf. Dies ist lange bekannt, und Formen hierhergehöriger Geistesstörungen sind, wie gesagt, genau beschrieben, und zwar vor allem das erwähnte Morphiumdelirium, das also in Wirklichkeit ein Abstinenzdelirium ist und dem Delirium tremens mehr oder weniger ähnelt (Levinstein, Abraham), daneben ferner noch eine Morphiumamentia (Chotzen), endlich hysterische Geistesstörungen während der Morphiumentziehung (Erlenmeyer). Da unter den Morphinisten Hysterische und konstitutionell Nervöse nicht selten sind, so nimmt es auch nicht wunder, daß hysterische Geistesstörungen bei Morphinisten getroffen werden, oder daß, wie es noch häufiger ist, hysterische Züge sich mit den einfacheren Entziehungspsychosen mischen. Vielleicht hat, worauf bisher kaum genügend hingewiesen worden ist, ein guter Teil der Abstinenzerscheinungen seinen eigentlichen Mutterboden in der Hysterie, bzw. allgemeiner in der psychopathischen Konstitution. Auch in unserem Falle sehen wir, um das vorweg zu nehmen, nachdem die turbulentesten Erscheinungen abgeklungen waren, hysterisch-degenerative Züge deutlich werden und sich mit der eigentlichen Psychose zum Teil noch vermengen.

Noch eine Reihe von Erscheinungen haben wir bei unserem Falle von den eigentlichen Symptomen der Hauptstörung abzugrenzen, nämlich die vor der Entziehung festgestellten Sinnestäuschungen. Daß sie ganz anderer Art waren als die späteren, sowohl inhaltlich als in ihrer Bedeutung für die psychische Persönlichkeit der Patientin, wurde schon oben betont. Da Ziehen gerade solche elementaren Halluzinationen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wie sie hier auftraten, gleichfalls beobachtet hat und sie als, wenn auch nicht häufig, so doch charakteristisch für die Zeit der Morphiumvergiftung im Gegensatz zur Abstinenz, ansieht, so werden wir wohl nicht fehl gehen wenn wir gleichfalls jenes Glockenläuten und Sturmsausen und Kugeltanzen als direkte Morphiumwirkung ansehen, ebenso wie die spärlichen abnormen Geruchsempfindungen und die vereinzelten Sensationen recht unbestimmter Art.

Die eigentliche voll entwickelte Psychose war eine Abstinenzpsychose. Sie setzte in den Tagen ein, als die Morphiumzufuhr auf ein Minimum beschränkt worden war, und hielt nach der völligen Entziehung noch etwa vier Wochen an. Weder der Anfang noch das Ende waren absolut scharf fixiert. Die Erscheinungen traten im Laufe einiger Tage nacheinander auf, und sie klangen im Laufe von 10—14 Tagen ab. Zuerst zeigte sich, daß die Patientin immer zerfahrener wurde, schwerer zu konzentrieren war; ihre Aufmerksamkeit war stets nur für eine kürzere Zeit zu gewinnen, so daß es den Eindruck erwecken konnte, alles sei ihr gleichgültig. Dann machten sich die ersten Zeichen der Merkfähigkeitsstörung geltend; es schien zunächst, als würfe die Kranke zufällig dies und jene ihrer Eindrücke durcheinander, bis dann sehr bald dieses Durcheinanderwerfen die Regel bildete, und die Erscheinung war schließlich so hochgradig, daß die Patientin nicht nur völlig desorientiert war, sondern daß es im Verkehr mit ihr zuerst den Anschein erwecken konnte, als sei die Auffassung und ebenso das Urteil in ganz erheblichem Maße gestört. Daß dies aber nicht oder doch nicht in so hohem Grade der Fall war, ergab sich daraus, daß die Kranke immer wieder einmal Äußerungen tat, aus denen hervorging, daß sie ihre Umgebung und ihre Situation richtig erfaßte und richtig beurteilte — wenigstens vorübergehend, so, wenn sie z. B. über die Erschwerung des Sprechens klagte. Noch ehe die Merkfähigkeitsstörung übrigens diesen hohen Grad erreicht hatte, traten die erwähnten Halluzinationen auf, hauptsächlich, wie wir gesehen haben, nachts und zu einem großen Teil von beängstigendem Inhalt, alsbald auch die sehr zahlreichen Konfabulationen. Der Umstand, daß die Patientin sich am Morgen oft noch der nächtlichen Halluzinationen erinnerte, und daß in ihren Konfabulationen vielfach die halluzinierten Eindrücke wiederkehrten, spricht ebenfalls gegen eine absolute Aufhebung der Merkfähigkeit. Wie die Merkfähigkeit, so war auch die Erinnerung für länger Zurückliegendes beeinträchtigt; und zwar schien das Gedächtnis um so unsicherer zu sein, je näher der Gegenwart das betreffende Ereignis lag. Eine genaue Abgrenzung, wie weit die retroaktive Amnesie reichte, war nicht möglich; jedenfalls erstreckte sie sich selbst auf Dinge

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die für die Patientin von wesentlicher Bedeutung waren (sie wurde z. B. namentlich auch manifest, als zum Zwecke einer gerichtlichen Feststellung Erhebungen gemacht werden sollten). Auf die Konfabulationen, die sich auch über die länger zurückliegende Zeit erstreckten, wurde hingewiesen. Ebenso darauf, daß ein Teil der Konfabulation im Sinne von Größenideen gefärbt war, ein sehr großer Teil auch im Sinne ausgeprägter Erotik. Aus dem übrigen Bilde sei noch hervorgehoben die Stumpfheit des ganzen Wesens, die sofort hervortrat, wenn man sich nicht direkt mit der Kranken beschäftigte, aber auch bei länger dauernder Exploration deutlich wurde. Hier dürfte auch die psychische Grundlage für die Inkontinenz zu suchen sein, falls diese, wie wir es oben als ziemlich wahrscheinlich bezeichnet haben, psychisch und nicht durch eine Neuritis bedingt ist. Weiterhin trat eine Labilität der Stimmung hervor, wobei aber der Affekt nie ein sehr tiefer war.

Daß alle Symptome sich nur langsam zurückbildeten, wurde bereits gesagt. Ebenso wurde der Ausgang erwähnt: von einem Defekt im gewöhnlichen Sinne konnte nicht gesprochen werden; die Patientin blieb labil in ihren Stimmungen, etwas weinerlich, reizbar, dazu kokett manieriert. Es besteht aber die Wahrscheinlichkeit, daß diese Züge, ebenso wie eine gewisse Schwerfälligkeit im logischen Denken, in der Hauptsache vor der Psychose schon gerade so bestanden hatten. Jedenfalls schwanden (im Gegensatz zu den meisten Fällen derartiger Störungen auf alkoholistischer Basis) die psychischen Symptome wesentlich rascher als die somatisch-neuritischen.

Was nun die Einordnung des ganzen Krankheitsbildes ins psychiatrische System betrifft, so gibt es eigentlich gar keine andere Möglichkeit, als von einer Korsakoff'schen Psychose, einem polyneuritischen Symptomenkomplex und zwar auf morphinistischer Basis zu sprechen, da ja Alkohol vollkommen ausscheidet ebenso wie alle anderen Schädlichkeiten, die zu dem gleichen Syndrom führen können. Sehr nahe lag es, zu der Zeit als die psychischen und somatischen Erscheinungen zugleich in vollkommener Ausbildung bestanden, an eine progressive Paralyse zu denken. Das erste, was damals (außer dem Alter der Patientin und der Anamnese) dagegen sprach, war der negative Ausfall der Wassermann-schen Reaktion. Der weitere Verlauf hat dann im selben Sinne gesprochen. Immerhin wird man berechtigt sein von einer morphinistischen Pseudoparalyse zu sprechen, ähnlich der alkoholistischen. Man vergegenwärtige sich nur nochmals das Bild in seiner Gesamtheit: fehlende Patellar- und Achillessehnenreflexe, Sensibilitätsstörungen in Form der Hyperästhesie, Pupillenträgheit, Inkontinenz, Beeinträchtigung der Sprache und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Schrift; Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen, die zugleich Störungen der Auffassung und des Urteils vortäuschen, delirante Sinnestäuschungen, Konfabulationen im Sinne phantastischer Größenideen, labile Stimmung, Stumpfheit, die ethisch-ästhetische Defekte vortäuscht: man wird zugeben, es liegt nahe von einer morphinistischen Pseudoparalyse zu sprechen.

Fassen wir zum Schlusse das Wesentlichste zusammen, was sich uns bei Betrachtung unseres Falles ergibt, so wäre es folgendes:

1. Es gibt eine in der Morphiumabstinenz auftretende Polyneuritis, die mit der alkoholistischen die größte Ähnlichkeit zeigt. Vielleicht ist auch ein Teil der sonst bei Morphinismus und Morphiumabstinenz beobachteten Erscheinungen neuritischer Natur.

2. Mit der Polyneuritis kann sich, wie sonst so auch, wenn sie auf morphinistischer Basis entstanden ist, eine Psychose charakteristischer Färbung, eben der polyneuritische Symptomenkomplex („Korsakoff") verbinden. Da körperliche und psychische Symptome in ihrer Gesamtheit dem Bilde der progressiven Paralyse außerordentlich ähneln können, so dürfte für diese Fälle die Bezeichnung einer morphinistischen Pseudoparalyse angebracht sein.

Literatur.

Die Literatur bis zum Jahre 1906 findet sich in folgenden drei Arbeiten:

1. Cassirer, Neuritis und Polyneuritis. Deutsche Klinik, Bd. VI, 1.
2. Jastrowitz, Über Morphinismus. Deutsche Klinik, Bd. VI, 2.
3. Knapp, Über polyneuritische Psychosen. Wiesbaden, Bergmann.

Von späteren Veröffentlichungen seien erwähnt:

1. Chotzen, Zur Kenntnis der Psychosen der Morphiumabstinenz. Allgemeine Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. LXIII, S. 786.
2. Schütz, Anatomische Befunde an Rückenmark und Nerven bei einer Morphinist. Neurolog. Zentralblatt, 1908, S. 157.
3. Fürer, Morphinismus. Vortrag, gehalten auf der 33. Versammlung südwestdeutsch. Neurologen und Irrenärzte, ref. dieses Zentralblatt, 1909, S. 554.
4. M. Hirschberg, Seltene Nebenerscheinungen bei akuter Morphiumvergiftung. Deutsch. med. Wochenschrift, 1909, S. 1357.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Aus der psychiatrischen Klinik in Freiburg i. Br.)

Zur Frage der Vererbung von Geisteskrankheiten.

Von **Rosa Kreichgauer,** Medizinalpraktikantin in Freiburg i. Br.

Die Frage nach der Gleichartigkeit der Vererbung von Geisteskrankheiten ist von Sioli, Vorster, Bischoff u. a. behandelt und zum großen Teile im positiven Sinne beantwortet worden.

Sie ist, abgesehen von ihrer Bedeutung für die Wertung der Heredität als eines ätiologischen Momentes, insofern von großem Interesse, als wir aus der Tatsache der gleichartigen Vererbung einen Gesichtspunkt gewinnen können für die Beurteilung unserer heutigen Klassifizierung der Geisteskrankheiten. Sehen wir nämlich verschiedene Erkrankungen bei deutlich hereditärer Ätiologie in derselben Familie auftreten, so ist anzunehmen, daß diese Psychosen auf einem gemeinsamen Boden entstanden sind, daß sie eine natürliche Zusammengehörigkeit aufweisen.

Die vorliegende Arbeit hat den Zweck, solche natürliche Zusammenhänge, beziehungsweise Abgrenzungen zwischen einzelnen Gruppen von Geisteskrankheiten aus ihren hereditären Beziehungen festzustellen [1]). Vor allem soll hier auf die Stellung der Dementia praecox gegenüber dem manisch-depressiven Irresein und gegenüber den anderen im Möbius'schen Sinne endogenen Psychosen Rücksicht genommen werden. Daneben soll auch, soweit das Material es gestattet, auf die Beziehungen der nach Ausschluß der Dementia praecox restierenden, endogenen Psychosen untereinander geachtet werden.

Das Material, das den nachfolgenden Untersuchungen zugrunde liegt, setzt sich ausschließlich aus schriftlichen Krankenberichten zusammen, die durch Beobachtung der im Laufe der Jahre 1882—1909 in der Freiburger psychiatrischen Klinik aufgenommenen Kranken gewonnen sind. Zur Ergänzung sind die Krankengeschichten der Anstalten Emmendingen und Pforzheim dann herbeigezogen, wenn die Patienten aus der Freiburger Klinik dorthin überführt worden sind.

Die Auswahl und Beurteilung des Materiales basiert auf folgenden Prinzipien:

---

[1]) Sie bildet insofern gewissermaßen eine Ergänzung zu der an dieser Stelle von O. Bumke veröffentlichten Abhandlung „Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins". Gaupp's Zentralblatt, 1909, S. 381 ff.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Als vergleichbar sind diejenigen Psychosen aufgefaßt, welche bei nahen Verwandten, d. h. entweder bei Eltern und Kindern oder bei Geschwistern auftreten. In den allermeisten Fällen liegt anamnestisch nachweisbare erbliche Belastung vor; wo diese fehlt, kann eine hereditäre Ursache für die Erkrankung natürlich nicht behauptet, aber unter Umkehrung der Frage aus der auffallenden Gleichartigkeit zweier Fälle erschlossen werden.

Die Psychosen von Geschwistern sind ebenso wie die von Eltern und Kindern zum Vergleiche herangezogen, und zwar von dem Gesichtspunkte ausgehend, daß Geschwister in viel höherem Maße vergleichbar sein müssen als Aszendent und Deszendent. Denn die Eigenschaften von Geschwistern leiten sich von gemeinsamen elterlichen Komponenten her, während die Eigenschaften eines Aszendenten im Kinde durch die des zweiten Aszendenten modifiziert sein können. Wenn zwei endogene Geschwisterpsychosen, die annähernd gleichartig verlaufen, auch nicht in einem direkten Kausalkonnexe zueinander stehen, so müssen sie doch als der Ausdruck einer gemeinsam ererbten Anlage gelten, und sie sind insofern ein brauchbarer Beleg für die Gleichartigkeit der Vererbung. Freilich muß beim Vergleiche von Geschwisterpsychosen in Rechnung gezogen werden, daß die für Geschwister großenteils gemeinsamen Entwicklungsbedingungen und psychischen Erlebnisse eine Ähnlichkeit der Erkrankungsform bedingen können, die wir nicht ausschließlich der Heredität zuschreiben dürfen.

Als gleichartig sollen zwei Psychosen gelten, wenn sie bei Patienten von ungefähr gleichem Alter beginnen und einen im großen und ganzen ähnlichen Verlauf und Ausgang aufweisen. Auf Vergleich von Einzelheiten ist dabei nicht allzuviel Gewicht gelegt, weil sich ihre Kongruenz oder Inkongruenz zum großen Teile aus Ähnlichkeiten bzw. Verschiedenheiten der Charaktere und der ätiologischen Hilfsmomente erklärt.

Als Kriterium für die Gleichartigkeit bzw. Ungleichartigkeit zweier Psychosen muß natürlich in letzter Linie die aus dem Krankenberichte gestellte Diagnose gelten.

Es bleibt nur in Rücksicht darauf zu bemerken, daß ich mich in der Benennung der Geisteskrankheiten im wesentlichen an die Kraepelin'sche Klassifizierung halte. Allerdings wird z. B. der Begriff Dementia praecox erheblich enger gefaßt. Zu dieser Gruppe werden nur Psychosen gerechnet, die jugendliche Individuen befallen und unter dem Symptomenbilde der Katatonie und Hebephrenie im alten, klassischen Sinne oder der Dementia paranoides zu einer rasch fortschreitenden Demenz führen.

Als Paranoia werden nur diejenigen Fälle aufgefaßt, die der Kraepelin'schen Definition streng entsprechen. Wo das vorliegende Wahnsystem deutliche Zeichen des Schwachsinnes aufweist und auch im übrigen eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deutlich fortschreitende Demenz zutage tritt, wird das Bestehen einer Dementia paranoides angenommen. Wo aber einerseits ein geschlossenes, geordnetes Wahnsystem fehlt, ohne daß andererseits eine rasch fortschreitende Demenz sich geltend machte, ist die Differentialdiagnose zwischen Paranoia und Dementia paranoides nicht ohne weiteres zu stellen; ich verzichte darauf, solche atypische Krankheitsbilder unter eine der bestehenden Rubriken einzureihen und bezeichne sie schlechtweg als paranoische Zustände, von denen es dahingestellt sein mag, ob sie wie die echte Paranoia als degenerative Erkrankungen aufzufassen sind.

Als zirkuläres Irresein sind nur diejenigen Psychosen bezeichnet, die tatsächlich aus einem oder mehreren Anfällen teils depressiver, teils expansiver Verstimmung bestehen. Wo nur Anfälle derselben Art vorgekommen sind, wird von einfacher bzw. periodischer Melancholie oder Manie die Rede sein. Alle diese Formen von Verstimmung einschließlich der Melancholie des Rückbildungsalters werden unter dem Namen der Affektpsychosen zusammengefaßt.

Zu diesen sollen indessen nur typische Fälle ausgesprochener Gemütsverstimmung gerechnet werden. Stimmungslabilität leichteren Grades wird ebenso wie abnorme Reizbarkeit, geistige und moralische Minderwertigkeit und die eigentliche „moral insanity“ zur Degeneration κατ' ἐξοχήν gerechnet.

Diejenigen Erkrankungen, die sich in keine dieser bestehenden Gruppen, noch auch in eine der bekannten exogenen Krankheitsformen einfügen wollen, lasse ich unter dem Namen atypischer Psychosen für sich bestehen.

Irrelevant sind für die Frage nach der Gleichartigkeit der Vererbung die exogenen Psychosen, also die Intoxikationspsychosen, die Dementia paralytica und Dementia senilis, sowie die meisten Formen von Epilepsie[1]). Sie sind jedoch aus Rücksicht auf andere Erblichkeitsfragen in der beigefügten Tabelle mit angeführt. Auf eine Mitteilung der Krankengeschichten[2]) muß an dieser Stelle verzichtet werden.

Erklärung zur Tabelle.

Umstehende Tabelle hat den Zweck, darzustellen, wie oft eine Psychose mit einer andern familiär zusammengetroffen ist.

Der Modus, nach dem die Tabelle angelegt ist, bedarf kaum einer näheren

[1]) Unter dem Namen Epilepsie sind jetzt noch eine Anzahl von Erkrankungen zusammengefaßt, die anerkanntermaßen ätiologisch nicht miteinander übereinstimmen. Es sind neben sicher exogenen Erkrankungen auch solche endogenen Ursprunges vertreten, die sich auf dem Boden allgemeiner Degeneration entwickeln, aber einstweilen von den exogenen Formen schwer abzugrenzen sind.

[2]) Sie sind in meiner Doktordissertation „Zur Frage der Vererbung von Geisteskrankheiten“, Speyer und Kaerner, Freiburg 1909, ausführlich veröffentlicht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erklärung. Jedes ihrer quadratischen Felder gehört gleichzeitig einer horizontalen und einer vertikalen Rubrik an, die beide mit dem Namen einer Psychose versehen sind. In die einzelnen Quadrate sind Ziffern eingetragen, welche die Anzahl der Familien angeben, in denen die jeweils in Betracht kommenden Psychosen zusammentreffen.

	Imbezillität in 10 Familien	Degeneration in 9 Familien	Paranoischer Zustand in 7 Familien	Paranoia in 2 Familien	Hysterie nie rein	Neurasthenie nie rein	Hypochondrie in 3 Familien	Melancholie in 10 Familien	Manie in 5 Familien	Zirkuläre Psychose in 8 Familien	Involutionsmelancholie in 3 Familien	Senile Demenz in 5 Familien	Dementia paralytica in 5 Familien	Alkoholpsychose in 11 Familien	Morphinpsychose in 1 Familie	Epilepsie in 4 Familien	Katatonie in 11 Familien	Hebephrenie in 7 Familien	Dementia paranoides in 8 Familien	Atypische Psychose in 2 Familien
Imbezillität	3	1	(2) (−1)					3		1										
Degeneration	1	4						1	1 (1−)											
Paranoischer Zustand	(2) (−1)		1					1 (−1)	1											
Paranoia		2		(1) (−1)																
Hysterie																				
Neurasthenie																				
Hypochondrie																				
Melancholie	3	1	1 (−1)					4 (−1)	1 (−1)	1										
Manie			1	1 (1−)				1 (−1)												
Zirkuläre Psychose	1							1	1		3 (−1)									
Involutionsmelancholie									1	1										
Senile Demenz	1		1							1										
Dementia paralytica			1	1			1													
Alkoholpsychose							2	1	1	1			1							
Morphinpsychose														1						
Epilepsie			1									1								
Katatonie													1	2		2	3			
Hebephrenie													1	2		2	3	1		
Dementia paranoides												1	1				1	1	4	
Atypische Psychose										1										

Da eine Familie, in der entweder drei verschiedene Psychosen vorkommen oder doch neben zwei gleichartigen eine ungleichartige vorhanden ist, notwendig in mehr als einem Felde vertreten sein muß, die vorliegende Berechnung aber auf der Anzahl der beobachteten Familien basiert, so ist eine solche mehrfach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vertretene Gruppe natürlich nur einmal zu zählen, und zwar nicht als Beleg für gleichartige Vererbung. Ihr Wegfall bei der Zählung in den nicht in Betracht kommenden Feldern ist durch ein in Klammern beigefügtes (— 1) angedeutet.

Diejenigen Felder, in denen Rubriken von im engsten Sinne gleichartigen Psychosen zusammentreffen, sind mit punktierten Strichen umrandet. Die Felder, in welchen Rubriken von im weiteren Sinne gleichartigen Psychosen zusammenstoßen, sind mit ausgezogenen Linien umrahmt.

Ergebnisse.

Von den 65 in der Tabelle aufgeführten Gruppen familiärer Geisteskrankheiten gehören zwölf dem Gebiete der Dementia praecox an und zeigen in der Hauptsache gleichartige Vererbung. Diese erstreckt sich in acht Familien auch auf die Unterabteilungen der Gruppe; vier Familien weisen Kombinationen von Katatonie, Hebephrenie und Dementia paranoides auf.

Es besteht also relative Gleichartigkeit der Vererbung innerhalb der Dementia praecox halb so oft wie absolute. Dieser Befund spricht jedenfalls noch nicht gegen die nahe Verwandtschaft der einzelnen Unterabteilungen, sondern kann in gewissem Sinne die Kraepelin'sche Klassifizierung rechtfertigen, die sie unter dem Hauptbegriffe der Dementia praecox zusammenfaßt.

Ungewiß bleibt die Diagnose bei zwei Geschwistern insofern, als man im Zweifel sein kann, ob ihre paranoischen Erkrankungen noch der Dementia paranoides zuzurechnen sind. Doch sind die beiden in Betracht kommenden Psychosen als gleichartig zu bezeichnen.

13 Gruppen von Psychosen gehören unter teils ganz gleicher, teils zwischen den Unterabteilungen wechselnder Vererbung den Affektpsychosen zu. In zwei Gruppen tritt neben je zwei Fällen von Affektpsychosen je eine degenerative Erkrankung auf.

Eine Familie, in der zwei Brüder an manisch-depressivem Irresein leiden, ein Bruder aber an einer nicht ganz typischen Psychose erkrankt ist, bildet einen der wenigen Belege, die unter dem vorliegenden Materiale für eine weitgehende Ungleichartigkeit der Vererbung sprechen könnten. Hier schwankt nämlich die Diagnose zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein. Der Fall gehört zu jenen zweifelhaften Erkrankungen, die je nach der herrschenden Anschauung bald zu der einen bald zu der anderen Gruppe gerechnet werden. Ich möchte die Entscheidung in diesem Falle offen lassen.

In zehn Familien handelt es sich ausschließlich um imbezille bzw. degenerierte Individuen, deren Psychose allerdings teilweise durch exogene Momente, meist Alkoholintoxikation, beeinflußt wird. Sie stellen lauter Belege für die Gleichartigkeit der Vererbung dar.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In sieben Familien besteht offenbar ungleichartige Vererbung. Die meiste Aufmerksamkeit verdient dabei ein Fall, bei dem es sich um eine Kombination zwischen einer Manie und einem paranoischen Krankheitsbilde handelt; dieser ist weder als echte Paranoia noch als Dementia paranoides zu bezeichnen und wird um so unklarer, als ein gewisser Verdacht auf eine primär bestehende Imbezillität vorhanden ist, auf deren Boden sekundär die paranoischen Ideen erwachsen sein mögen. Dieser Fall ist neben dem vorhin erwähnten der einzige, in dem an eine Kombination von Dementia praecox mit einer Affektpsychose zu denken wäre, wenn nicht die wahrscheinlich primäre Imbezillität eine andere Deutung zuließe.

Eine weitere Familie weist zwei völlig atypische Krankheitsbilder auf, die auch untereinander wenig Ähnlichkeit haben. In den übrigen fünf Gruppen handelt es sich um eine Kombination von Affektpsychosen mit Imbezillität oder mit degenerativen Erkrankungen, eine Kombination, die keineswegs als selten gilt und die eine Zusammengehörigkeit zwischen der Gruppe des manisch-depressiven Irreseins und den degenerativen Formen wahrscheinlich macht. In zwei Familien mit scheinbar gleichartigen Psychosen handelt es sich tatsächlich um induzierte Erkrankungen.

Der Rest der Familien weist zwar ebenfalls Ungleichartigkeit der Psychosen auf, kommt aber für unsere Frage nicht in Betracht, da die Krankheit je eines Familiengliedes immer durch ein exogenes Moment bestimmt ist.

In 11 Familien finden sich Alkoholpsychosen; sie kombinieren sich zweimal mit exogenen, neunmal mit endogenen Erkrankungen, und zwar mit Hypochondrie, mit manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox. Uns interessiert vor allem die Wirkung, die der Alkoholismus des Aszendenten auf den Deszendenten hat. Es ist zu bemerken, daß von den 11 Alkoholpsychosen nur vier bei Gruppen vorkommen, die aus Aszendent und Deszendent zusammengesetzt sind, die übrigen sieben treffen auf Geschwistergruppen. Von den vier erstgenannten kommen drei mit Dementia praecox, eine mit Manie zusammen. Auch der einzige Geschwisterfall, in dem eine Alkoholpsychose mit Dementia praecox zusammentrifft, erklärt sich so, daß der Vater der Geschwister laut Anamnese Potator war.

Wir haben also ein Überwiegen von Dementia praecox in allen den Fällen, wo eine Wirkung des Alkoholismus auf die Deszendenz anzunehmen ist. Wo eine solche Wirkung ausgeschlossen ist, sehen wir teils degenerative, teils manisch-depressive Formen mit Alkoholpsychosen kombiniert, woraus wir wohl auf eine gemeinsame, degenerative Veranlagung schließen dürfen. Es dürfte freilich nicht angängig sein, aus einer so begrenzten Zahl von Beobachtungen bindende Schlüsse zu ziehen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Was die eigentliche Frage nach der Gleichartigkeit bzw. Ungleichartigkeit der Vererbung anlangt, so ergibt sich aus dem vorliegenden Materiale folgendes: Für die Berechnung kommen von den 65 hier angeführten Familien nur 43 in Betracht, da der Rest exogene Erkrankungen aufweist.

Unter diesen 43 Gruppen sind 22, die völlige Gleichartigkeit im engsten Sinne darbieten, d. h. wenn jede Unterabteilung für sich in Betracht kommt, mithin besteht eine Gleichartigkeit im engsten Sinne bei 51% der Fälle.

Wenn alle Affektpsychosen einerseits, Katatonie, Hebephrenie und Dementia paranoides andererseits als eine geschlossene Gruppe angesehen werden, so besteht Gleichartigkeit der Vererbung bei 31 von 43 Fällen, d. h. bei 71%.

Fassen wir auch noch Imbezillität, Degeneration, echte Paranoia und paranoische Zustände, die nicht als Dementia praecox gelten können, zusammen, so finden wir Gleichartigkeit bei 35 von 43 Fällen oder bei 81%.

Gleichartigkeit im weitesten Sinne des Wortes, d. h. wenn wir die Dementia praecox allen anderen endogenen Psychosen gegenüberstellen, besteht in 43 von 43 Familien, d. h. in 100% der Fälle.

Selbst wenn wir die beiden oben erwähnten Familien nicht als zweifelhaft, sondern als sicher ungleichartig in der Vererbung gelten lassen, bleibt also doch noch eine recht weitgehende Isolierung der Dementia praecox von allen anderen endogenen Psychosen bestehen, die ihr entschieden eine besondere Stellung unter den sogenannten funktionellen Geisteskrankheiten anweist.

Viel weniger exklusiv zeigt sich die Gruppe der Affektpsychosen gegenüber den übrigen, endogenen Geisteskrankheiten. Sie kommen in 21 Familien vor, von denen 4 eine Kombination mit exogenen Erkrankungen aufweisen, also wegfallen. Von den restierenden 17 Gruppen sind nur 10 rein zu den Affektpsychosen gehörig; in drei Gruppen kommen neben je zwei Affektpsychosen degenerative, paranoische und atypische Formen vor. In 4 Familien endlich ist immer je eine Affektpsychose mit anderen endogenen Erkrankungen kombiniert.

Zu bemerken ist, daß kein Fall von echter Paranoia mit manisch-depressiven Formen im weiteren Sinne zusammentrifft; freilich habe ich nur drei Fälle ganz echter Paranoia gefunden. Jedenfalls läßt sich dieser Befund als solcher nicht als Beleg dafür verwerten, daß die echte Verrücktheit mit den übrigen degenerativen und paranoischen Formen zusammen dem manisch-depressiven Irresein ätiologisch besonders nahesteht. Mit den degenerativen Formen κατ' ἐξοχήν freilich kombiniert sich die echte Paranoia in den zwei hier angeführten Familien.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Innerhalb der Gruppe der Affektpsychosen finden wir Gleichartigkeit der Vererbung in bezug auf die einzelnen Unterabteilungen in fünf, Ungleichartigkeit in vier Familien vor, darin liegt wiederum eine Bestätigung der Kraepelin'schen Klassifizierung. Was die Zugehörigkeit der Melancholie des Rückbildungsalters anlangt, so erlauben die drei hier vorkommenden Fälle keine bindenden Schlüsse zu ziehen.

Jedenfalls spricht die häufige Kombination der Affektpsychosen mit anderen, endogenen Formen sehr dafür, daß sie sich nicht ausschließlich auf Grund einer spezifischen Anlage vererben, sondern zum Teil auf dem Boden einer allgemein degenerativen Konstitution entwickeln. Dafür sprechen auch die Ergebnisse, welche aus sonstigen Beobachtungen hervorgehen, nämlich die Tatsache, daß gerade Affektpsychosen sich sehr häufig an ein äußeres, ätiologisches Moment, sei es Überanstrengung oder ein psychisches Trauma, anschließen; hier wurde ein ätiologisches Hilfsmoment für Affektpsychosen in 16 von 36 Fällen, d. h. in 44% gefunden.

Belastung liegt bei 95 der hier beobachteten 139 Individuen, also in 68% der Fälle, vor. Die Verteilung auf die einzelnen Erkrankungen ist dabei so, daß von 33 Dementia praecox-Kranken 20, d. h. 61%, belastet sind, von 36 Manisch-Depressiven 30, d. h. 86%. Von 41 Degenerierten und Paranoischen sind 31 belastet, mithin 76%, von 26 exogen Erkrankten nur zehn, also 38%.

Zeichen der bestehenden Belastung, meist psychischer, seltener physischer Natur, finden sich bei 60 von 139 Individuen, also in 43% der Fälle. Von den 33 jugendlichen Verblödeten haben 11 Degenerationszeichen, also 33%, von den 36 Manisch-Depressiven 7, oder 19%. Unter den Degenerierten und Paranoischen finden wir 29 von 41 Individuen mit Zeichen der erblichen Belastung behaftet, also 71%, unter den exogen Erkrankten 12 von 16, oder 75%.

Es ist auffallend, daß unter den endogenen Erkrankungen die Dementia praecox die geringste Belastung aufweist, und daß unter den in Betracht kommenden 20 belasteten Individuen fast ein Drittel durch Alkoholismus des Vaters belastet ist. Es wäre vielleicht von Interesse, an einem ausgedehnteren Materiale zu untersuchen, ob tatsächlich neben einer spezifischen Anlage eine toxische Keimschädigung für die Dementia praecox ätiologisch in Betracht kommt, wie es aus den vorliegenden Beobachtungen hervorzugehen scheint. Für diese Annahmen spricht hier auch die Tatsache, daß unter 11 an Dementia praecox erkrankten Geschwisterpaaren neunmal das jüngere Familienglied früher und häufig schwerer erkrankt als das ältere. Bei Manisch-Depressiven erkranken in 14 Gruppen nur sechsmal die jüngeren Familienglieder in jugendlicherem Alter als die älteren

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Um auf die Hauptfrage zurückzukommen, sei rekapituliert, daß Gleichartigkeit der Vererbung im weiteren Sinne, d. h. unter Zusammenfassung der symptomatologisch zusammengehörigen Gruppen, in weitgehendem Maße besteht. Aus dieser Tatsache läßt sich auch eine gewisse Bestätigung der Kraepelin'schen Klassifizierung entnehmen. Freilich ergibt sich andererseits eine Gruppe von Psychosen, teils paranoischen, teils ganz atypischen Charakters, deren Rubrizierung nur gewaltsam erfolgen könnte, und die in gewissem Sinne einen Übergang zwischen den einzelnen Krankheitstypen zu vermitteln scheinen. Sie müssen entweder einer besonderen Gruppe zugewiesen oder mit Hilfe feinerer diagnostischer Merkmale, die uns vielleicht die Zukunft bringen wird, in eine der anerkannten Klassen eingereiht werden.

Im Einklange mit Sioli, Vorster und anderen sind wir zu dem Resultate gekommen, daß gerade die typischen Formen der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins sich spezifisch gegeneinander abgrenzen, und daß zwischen diesen beiden Gruppen keine oder nur eine ganz geringe Wechselbeziehung in hereditärer Hinsicht besteht.

II. Bibliographie.

Hans Held: Die Entwicklung des Nervengewebes bei den Wirbeltieren. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1909. 378 Seiten.

Jahrzehntelang — bereits mehr als ein halbes Jahrhundert — streiten sich die Fachleute über den Modus des Entstehens von Nervenzelle und -faser und über ihr Zusammentreten zum Aufbau des Nervensystemes. Während ein Ausgleich der Meinungen trotz Verbesserung unserer technischen Hilfsmittel immer noch aussteht, erlebten wir es, daß man bereits an die Lösung einer Reihe von Fragen sich heranwagte, die unlösbar erscheinen, solange der Einblick in die Genese des Nervensystems selbst uns noch fehlt. Es muß überraschen, daß eine objektive Wissenschaft wie die Embryologie auf die bedeutungsvolle Frage nach dem Entwicklungsgang der Nervensubstanz noch keine sichere Antwort zu geben weiß; noch sonderbarer mutet uns aber die Tatsache an, daß die Antworten, die sie gibt, in so diametralen Gegensätzen sich bewegen. Sichtung und Aufklärung tut, wenn irgendwo, hier not: die Fragen haben sich angehäuft, die Antworten klingen uns bald von hier, bald von dort, bald in diesem, bald wieder in einem anderen Sinne zu — verwirrt fragt man sich da: wer hat recht und warum haben die anderen unrecht? — Da kommt das Buch von Hans Held gerade recht; man liest es und fühlt: es bedeutet einen großen Fortschritt. Der wahre Fortschritt besteht nicht nur darin, Neues zu bringen, sondern auch darin, mit dem Alten fertig zu werden, zu zeigen, inwiefern es ungültig ist und sich über-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lebt hat; geschieht das nicht, so fristet das Alte sein Leben weiter und nimmt mit seinem Scheindasein dem Jungen, Neuen Luft und Platz. Das Neue mißt sich im Kampfe mit dem Alten; es muß das, was nicht mehr lebensfähig an ihm ist, förmlich erschlagen, um selbst kraftvoll dastehen zu können. Held kommt der doppelten Aufgabe nach: als Neues bringt er seine eigenen Anschauungen über das Werden und den genetischen Aufbau des Nervensystems, und seine Widerlegung der Anschauungen der anderen wird zum besten Maßstab der Wertbeurteilung seiner eigenen neuen Auffassung. So zerfällt sein ganzes Buch wie jedes einzelne Kapitel desselben, wieder in zwei Teile. Den ersten Teil kann man den anschaulichen Teil nennen. Er enthält das durch jeweilig eigne Anschauung Gewonnene und auch durch Vermittlung der Anschauung Wiederzugebende. In den Dienst der Anschauung stellen sich hier auch die auf 53 Tafeln zusammengestellten, vortrefflich gezeichneten und ebenso reproduzierten 275 Abbildungen. Den zweiten Teil kann man den logischen Teil nennen; er wird vielfach zur praktischen Nutzanwendung des ersten Teiles, in ihm sucht Held den eigenen Standpunkt fremdem gegenüber zu behaupten, das Übereinstimmende zu seiner eigenen Unterstützung heranziehend, die Unstimmigkeiten in scharfer und sachlicher Kritik ablehnend. Zum Schlusse demonstriert uns endlich Held die Leistungsfähigkeit der von ihm nunmehr vertretenen Anschauung, indem er sie an die Lösung und Umgrenzung komplexer Fragen und Begriffsbestimmungen heranführt und dies meist auf Gebieten, die bisher verwässerten dogmatischen Anschauungen und widerstreitenden Lehren als Tummelplatz dienten.

Da sich Held zunächst an die Anatomen und Embryologen vom Fach wendet, versteht es sich, daß sein Buch eine Unmenge feiner Details enthält. Wir werden dieselben nur insoweit heranziehen können, als deren Kenntnis für das Verständnis des allgemeinen Aufbaues des Nervensystemes uns notwendig erscheint. — Als Untersuchungsmaterial dienten dem Autor Embryonen aus den verschiedenartigsten Wirbeltierspezies, bei den niedrigsten Fischen angefangen. Zur Verwendung kamen vorzüglich Untersuchungsmethoden, die den fibrillären Anteil des Nervensystemes als etwas dem nervösen Parenchym Besonderes zur Anschauung bringen; nämlich die Cajal'sche Silbermethode nach vorausgegangener Fixation in Pyridin, ein besonders ausgearbeitetes Molybdän-Hämatoxylinverfahren (die genaue Wiedergabe desselben versagt uns Held noch) und endlich eine bereits früher mitgeteilte Erythrosin-Methylenblaudoppeltfärbung. —

Als Bildungszelle der neurofibrillären Substanz, deren Betrachtung alle weiteren Untersuchungen sich zuzuwenden haben, hat der „Neuroblast" zu gelten, eine ektodermale Zelle, die dadurch von allen embryonalen Zellen des Medullarrohres ausgezeichnet ist, daß in ihr an einer bestimmten Stelle die fibrillogene Substanz sich bildet. Aus dieser fibrillogenen Zone entwickelt sich sehr frühzeitig die Fibrille selbst. Bald ordnen sich die Fibrillen zu einem Neuroretikulum mit verschieden starkem Kaliber. Das Fibrillengitter stellt kein regelloses Durcheinander von Fibrillen dar, sondern orientiert sich zu einem Zentrum. Die Zelle mit dem lokal begrenzten Neuroretikulum nennt H. den „primären Neuroblasten". Sobald bestimmte Wachstums- und Verlagerungsprozesse in dem Neuroretikulum sichtbar werden, wird die Zelle zum „sekundären" Neuroblasten, aus dem das „primäre Fibrillenbündel" fortsatzartig und in ganz bestimmter Richtung (in der Rabl'schen Hauptachse der Zelle) hervorgeht. Am primären

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fibrillenbündel sind Wachstumsspitzen zu erkennen — bald in spitzer, bald in kugeliger Form. Kurz nach Anlage des primären Fibrillenbündels sprossen aus dem Neuroretikulum andere Fibrillen heraus, die teils in der Zelle liegen, deren Kern umgreifend, teils aber den Bezirk einer Zelle überschreitend zu Verbindungsfibrillen mit dem Neuroretikulum anderer Zellen werden — „intrazelluläre und interneuroblastische Fibrillen". Je nachdem die sekundären Fibrillenbündel nur am entgegengesetzten Pol des primären Bündels des Neuroblasten oder an verschiedenen Stellen desselben sich bilden, unterscheidet man die bipolare und die multipolare Form. Beide Formen werden bereits sehr frühzeitig beobachtet. Vergleichende morphologische Untersuchungen lehren, daß die ersten Nervenfasern im Embryo als primäre Neurofibrillenbündel entstehen und daß sie zu den Achsenzylindern der Ganglien- und Nervenzellen werden. Der Wachstumsmodus selbst scheint bestimmten Gesetzen unterworfen zu sein. In frühen Stadien bereits, solange noch die Wachstumsspitzen zu sehen sind, kommt es zur Bildung kollateraler Fibrillen, den „Neurodesmen", die einzelne Neuroblasten miteinander fibrillär verbinden; in dieser Weise kommt ein diffuses Fibrillengitter zustande (bei der Ente wird ein solches bereits am dritten Tage beobachtet). Der so frühzeitig hergestellten Verbindung mehrerer Neuroblasten untereinander muß in morphologischer und funktioneller Hinsicht eine große Bedeutung beigemessen werden, sie spricht an und für sich bereits gegen die Lehre der Diskontinuität der nervösen Zellelemente. Man hat ab und zu Gelegenheit zu beobachten, wie eine oder mehrere Fibrillen aus dem Neuroretikulum des einen Neuroblasten direkt übergehen in den primären Fibrillenbündel eines anderen, so daß die polyneuroblastische Genese der Nervenfaser an solchen Bildern nachweisbar wird. Außer durch Neurofibrillen erscheinen die einzelnen Neuroblasten noch durch feine Interzellularbrücken plasmatisch miteinander und mit anderen Zellelementen verbunden zu sein. Held konnte bis zu fünf dieser feinen Brücken, die er Plasmodesmen nennt, an einer Zelle zählen. Ob die späteren Dendriten die Wege dieser Plasmodesmen beschreiten, erscheint noch fraglich. Die Dendriten gehen aus den Radiärfibrillen der Neuroblasten hervor und treten bereits frühzeitig miteinander in kontinuierliche Verbindung.

Die folgenden Kapitel, die mit der Entstehung der zentralen Leitungsbahnen, der motorischen Nerven, einzelner Hirnnerven, der sensiblen und sympathischen Nerven sich beschäftigen, können wir natürlich hier im einzelnen nicht verfolgen. Wir wollen aus denselben nur das wieder hervorheben, was uns allgemeineres Interesse zu besitzen scheint. Allen den genannten Kapiteln liegen folgende Fragen als die wichtigsten zugrunde: Welchen Weg geht der Fibrillenhauptbündel in seiner weiteren Entwicklung? Welche Kräfte schreiben ihm seinen Weg vor? Handelt es sich um ein freies Auswachsen oder um ein Gebundensein an bestimmten vorgebildeten Bahnen? Man wird ohne weiteres verstehen, daß hier Hauptfragen der ganzen Entwicklungsgeschichte des Nervensystems vorliegen. Das Prinzip, nach dem der auswachsende Nerv den Anschluß an das zu innervierende Organ sucht und findet, ist für die Strecke außerhalb des Nervenrohres wesensgleich der innerhalb des Medullarrohres selbst. Anschaulich lassen sich die hier in Betracht kommenden Vorgänge am Randschleier verfolgen, so daß wir auf dieselben näher einzugehen uns genötigt sehen. — Durch aufmerksame Beobachtung erfährt man, daß die Neurofibrillen nicht frei in Gewebslücken liegen, wie His meinte, sondern intraplas-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

matisch in den Zellelementen des Randschleiers. Letzterer entsteht in der Gegend der Membrana limitans externa aus den ursprünglichen Spongioblasten. Die Spongioblasten werden senkrecht durchquert durch die Neurofibrillen und zwar an ihrem äußeren Rande. Das Verhältnis der Neurofibrillen zu den Spongioblasten kann nur an Querschnitten richtig verstanden werden. An den durchbohrten Protoplasmateilen tritt eine eigenartige Resorption des Protoplasmas auf, so daß es sich in feine Fäserchen auflöst, wobei auch die Querwände der Zellen verloren gehen. Schließlich haben wir ein feines, zartes protoplasmatisches Netzwerk vor uns, in seinen Maschenwänden sitzen die Neurofibrillen, umgeben von einer zarten Hülle, den Resten der Spongioblasten. In diesem Stadium besteht also der Randschleier aus den netzförmig aufgelösten und synzytial verbundenen Spongioblasten. Das nächste Stadium der Randschleierbildung ist durch die Einwanderung sekundärer Gliazellen ausgezeichnet. Das Gliaretikulum ist von Anfang an mit dem Fadengerüst des zunächst noch kernlosen Randschleiers durch Zellbrücken und Fortsätze verbunden. Sie vermehren sich, im Randschleier angelangt, mitotisch, so daß schließlich die Neurofibrillen auch im Gliaretikulum zu liegen kommen. Aus diesem Bildungsmodus geht hervor, daß die Substanz der Nervenfaser in die der Neuroglia direkt und unmittelbar eingebettet ist. Es handelt sich also um eine enge Verbindung beider Elemente und nicht lediglich um eine Verklebung und Verschränkung. Diese Anschauung schließt nicht aus, daß später die Glia durch Bildung einer spezifischen Substanz sich zum Teil wenigstens von den anderen ektodermalen Elementen zu trennen weiß.

Die Verfolgung der Vorgänge im Randschleier haben uns mit dem Prinzip „der Bildung der Wegstrecke" bekannt gemacht. Der Nerv und die Nervenbahnen wachsen nicht frei hinaus, sondern sind an Gewebsteile gebunden, denen sie bei ihrer Wanderung begegnen, diese Gewebsteile nehmen sie enzytial auf. Innerhalb des zentralen Nervensystems selbst waren es die Spongioblasten und ihre Abkömmlinge, die die spezifischen Produkte der Neuroblasten umhüllen, außerhalb besorgen es Gewebsbestandteile verschiedener Herkunft und schließlich, wie wir bald erkennen werden, wiederum Gliazellen, die den auswachsenden Nerven nacheilen. Für die Histogenese der motorischen Nerven ist die Kenntnis des perimedullären Gewebes sehr wesentlich, d. h. jenes Gewebes, das das embryonale Z.N.S. mit den peripheren Organen und besonders mit den Muskelanlagen verbindet. Die Natur, Zusammensetzung und Aussehen dieses Gewebes ist sehr wechselreich: bei den Anamniern anders als bei den Amnioten. Die komplizierte Gestalt ist dadurch bedingt, daß die Derivate verschiedener Keimblätter an seiner Bildung sich beteiligen. Die Nervenstrecke erscheint auch hier wieder endlich auf Grund sekundärer Prozesse kernhaltig, nachdem ein primär kernfreies oder primär kernhaltiges Stadium (bei den Amnioten) ihm vorausgegangen ist. Die Umwandlung in den sekundären kernreichen Typus der Nervenstrecke wird durch Auswanderung medullogen entstandener Schwann'scher Zellen besorgt. Die Schwann'schen Zellen sind stets plasmatisch mit der Nervenstrecke verbunden. Die Neurofibrillenbahnen haben sich vorher niemals frei gemacht aus dem verzweigten Plasma des zelligen oder auch epithelialen Bindegewebes. Das Hinzukommen der Schwann'schen Zellen bedeutet also zwar einen sekundären Prozeß, aber nicht eine nachträgliche Umhüllung ursprünglich frei gewesener Nervenbahnen. Eine Feststellung scheint den Beobachtungen Helds mit Sicherheit ent-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nommen werden zu können, nämlich die, daß die Schwann'schen Zellen bei der Bildung des Nerven selbst nur eine sekundäre Bedeutung besitzen können; das sei besonders hervorgehoben im Gegensatz zu jener vielfach angenommenen Theorie, die in den Schwann'schen Zellen die Bildner der Nerven geradezu erblickt und dieselben „Nervenzellen" schlechtweg nennt. Die abweichende Meinung konnte wohl dadurch entstehen, daß die ersten Bildungsstadien übersehen wurden und der sekundär hinzukommende Prozeß deshalb als der primäre imponieren mußte.

Noch komplizierter sind die Vorgänge, die der Bildung der sensiblen Nerven vorausgehen. Eine Straße, gebildet aus ektodermalen und medullogenen Zellen, nimmt die späteren hinteren Wurzeln auf. Das Protoplasma dieser Zellen reicht durch die ganze Dicke des Nervenbündels hindurch; in dem von den Zellen gebildeten feinen Netzwerk sehen wir schließlich wieder die Fibrillen verteilt und befestigt.

Die sympathischen Nerven bilden sich bei den Säugetieren erst spät, am elften Tage etwa, und zwar aus Zellketten, die sich aus dem fibrillenhaltigen Spinalnerven abzweigen und eine spindelförmige Anschwellung bilden (ob Elemente aus dem ventralen [motorischen] Anteil des Medullarrohres an dieser Bildung sich beteiligen, erscheint sehr zweifelhaft). Die Neuroblastenderivate dieser Anschwellung folgen wieder den Plasmodesmen des Gewebes, dem sie begegnen.

Mit dem VII. Kapitel, das dem „histogenetischen Begriff der Nervenzelle und Gliazelle" gewidmet ist, treten wir in den zweiten Teil des Buches ein. Von besonderem Interesse erscheint uns in diesem Kapitel die Entwicklung des Begriffes der Neuroglia. Histogenetische Betrachtungen vor allem sind für Held maßgebend, die Gesamtheit jener Zellen, die aus der epithelialen Nervenanlage gleichzeitig mit den späteren Neuroblasten sich entwickeln, die Produkte der Neuroblasten in einem Maschenwerke aufnehmen und einhüllen, dieselben auch außerhalb des Medullarrohres hinausgeleiten, um sie schließlich als zugehörige spezifische Elemente einzufassen, unter dem Begriffe der „Neuroglia" zu sammeln. Ihre Masse sondert sich in die periphere und zentrale Glia, deren einheitliche Natur und Bedeutung auch der Betrachtung ihrer späteren Funktion entnommen werden kann. Periphere wie zentrale Glia entwickeln phagozytäre Eigenschaften, beide spielen als Bildner des Myelins eine hervorragende Rolle, beide produzieren eigenartige Substanzen; denn der innere Stützapparat des Myelins und die äußere Oberfläche des Neurilemma sind den Gliafasern der zentralen Glia und den Gliagrenzhäuten des Z.N.S. gleich zu setzen. Mit besonderem Nachdruck weist Held neuerdings darauf hin, daß die Schwann'schen Zellen als in die Peripherie gelangte Abkömmlinge der Spongioblasten (er nennt sie Glioblasten) zu betrachten sind. Der Nachweis ihrer Entstehung aus mesodermalen Elementen ist nicht durchführbar. Ihre gliöse Natur verträgt sich keinesfalls mit der Auffassung, die in denselben Bildner der Neurofibrillen erblickt.

Das letzte und VIII. Kapitel, „vom Wesen der Nervenbildung", nimmt das größte allgemeine Interesse für sich in Anspruch. Hier macht Held den Versuch, die von ihm synthetisch gewonnenen Erfahrungen den verschiedenartigen und sich widersprechenden Theorien entgegenzustellen, die mit der Genese des N.S. und seiner einzelnen Teile sich beschäftigen und an dieselben mehr oder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weniger sich anlehnend allgemein biologische, physiologische und pathologische Probleme in Angriff nehmen. Er mißt sich hier gewissermaßen mit den anderen und haut dabei seine eigene Anschauung heraus.

Um Held folgen zu können, erscheint es uns notwendig, die Lehrsätze und das wesentlich Neue der Held'schen Auffassung in wenigen Worten zusammenfassend wiederzugeben. Der anatomisch und funktionell wesentlichste Bestandteil des Nervensystems ist die Neurofibrille. Wir sehen dieselbe aus bestimmten Zellen ihren Ursprung nehmen. Die Zellen, welche, ausgestattet mit einer besonderen Substanz, die Bildner der Neurofibrillen sind, nennt H. Neuroblasten. Der Neuroblast ist durch Interzellularbrücken — Plasmodesmen — nicht nur mit anderen Neuroblasten, sondern mit den Elementen der gesamten Nervenanlage überhaupt verbunden. Die spezifische neurogene Substanz scheidet sich im Neuroblasten in Gestalt eines primitiven Netzes aus, aus dem wieder das primitive Neurofibrillenbündel und Verbindungsfasern zu anderen Neuroblasten und die späteren dendritischen Fortsätze hervorgehen. Das primitive Neurofibrillenbündel, zum Teil verstärkt durch Zuzug von Fibrillen aus anderen Neuroblasten, wird zum Achsenzylinder und peripheren Nerven. Die Wachstumsrichtung desselben erfolgt nach bestimmten Gesetzen, das Prinzip der Substanzbewegung als solche entzieht sich noch völlig unserer Kenntnis, um die Annahme einer Art von Chemotaxis kommt man nicht hinweg. Dagegen erscheint der Weg, den der wachsende Nerv einschlägt — die sogenannte Wegstrecke — morphologisch und histogenetisch erkennbar. Das Wachstum ist kein freies interzytiales, sondern ist an bestimmte plasmatische Bahnen gebunden; mit den Zellelementen derselben verbinden sich die auswachsenden Fibrillen organisch — es handelt sich also um ein enzytiales Wachstum. Das Prinzip der Wegstrecke läßt sich für die interzerebralen wie für die peripheren Nerven durchführen. Es ist weiter dadurch ausgezeichnet, daß die Plasmodesmen durch Vorströmen der neurogenen Substanz in Neurodesmen und Neurofibrillen umgewandelt werden, daneben mag auch eine chemisch besonders geartete, aber nicht in Form der Neurofibrillen sich niederschlagende Substanz längs der Wegstrecke ausströmen und vielleicht der Neurofibrillenbildung vorauseilen. Die mit dem betreffenden neuroblastischen undifferenzierten Zellprodukt behafteten Zellelemente dürften in der Lage sein, diese Substanz in sich aufzuspeichern und zum Teil für den nervösen Stoffwechsel zu verwerten. So sehen wir, daß die nach der soeben entwickelten Vorstellung aus den Neuroblasten hervorbrechende eigentümliche neurogene Substanz mit zwei scheinbar nach entgegengesetzter Richtung wirksamen Eigenschaften ausgestattet wird; sie nimmt dadurch eine biologische Sonderstellung ein: auf der einen Seite sehen wir diese Substanz bemüht, ihren spezifischen Charakter und ihre Kontinuität mit ihrer Stammzelle, dem Neuroblasten, zu wahren, auf der anderen Seite aber geht sie längs der Wegstrecke in die Bestandteile der heterogensten Elemente auf — es ist, als würde der ganze Organismus förmlich von der neurogenen Substanz durchsetzt. Die Bildung des Nervengewebes beruht also darauf, „daß seine wachsende Substanz ihre Besonderheiten überall in die verschiedensten Zellapparate hineinträgt". — In diesem Sinne kann Held die gesamte Nervenanlage ein von seinen Neuroblasten her entwickeltes Neurenzytium nennen, die Bedeutung dieses Begriffes dürfte nunmehr leicht verständlich erscheinen.

So gestaltet sich in großen Umrissen die Lehre Helds von dem histo-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

genetischen Aufbau der Nervensubstanz. Es wird uns jetzt nicht schwer fallen, ihm in seinen Entgegenstellungen zu folgen. Zunächst sehen wir es seiner Lehre ohne weiteres an, daß sie mit der größeren Anzahl der Hypothesen, die der Entstehung des Nerven gelten, in manchem übereinstimmt. Ihr besonderer Wert scheint mir gerade darin zu liegen, daß sie andere Auffassungen in sich aufzunehmen in der Lage ist und in dieser Weise bisher sich entgegenstehende Meinungen zu überbrücken versucht. So deckt sie sich zum Teil mit der His'schen Lehre, indem auch sie eine Zelle als die Bildnerin der wesentlichsten Substanz des Nerven anerkennt, nämlich den Neuroblasten, allerdings einen Neuroblasten, der anders aussieht als der His'sche; das Prinzip der Kontinuität des auswachsenden Nerven mit diesem Neuroblasten hält sie ebenfalls aufrecht — sonst haben beide Lehren wenige gemeinsame Berührungspunkte. Die Lehren von Hensen und der Gebrüder Hertwig, welche die Bildung des Nerven längs entweder ab ovo angelegter oder frühzeitig sich herstellender Verbindungsstrecken verfolgt haben wollen, sind in nucleo ebenfalls in der Held'schen Auffassung gegeben, und zwar im Prinzip der Wegstrecke; freilich hat die Verbindungsstrecke zwischen Z.N.S. und peripherem Organ bei Held ein ganz anderes Aussehen. Schließlich finden wir einen Abklatsch der Zellkettenhypothese, wie sie Schwann und Balfour geschaffen haben, auch in den Darlegungen Helds wieder, wenn auch in veränderter Form. Sein Nerv ist auch ein plurizellulär entstandenes Gebilde; Zellen der verschiedensten Herkunft beteiligen sich an seiner Entstehung — aber sie beteiligen sich nur daran und haben diese Fähigkeit auch erst indirekt wieder vom Neuroblasten sich entlehnen müssen. — Wir erkennen also, wie in der Theorie Helds die übrigen Theorien, die selbst untereinander kaum oder gar nicht vereinbar sind, fast alle mehr oder minder enthalten sind.

So rücken noch manche andere bisher dem Verständnis sich entfremdende Tatsachen demselben anscheinend näher. Die Lehre von der Wegstrecke und dem Neurenzytium wird zur Erklärung der Bethe'schen Versuche über die Autoregeneration herangezogen. Daß Nerven im Sinne Bethes zu autoregenerieren imstande sind, zweifelt H. nach kritischer Würdigung der Bethe'schen Versuche nicht; wenn er auch an eine Autoregeneration glaubt, so akzeptiert er die Schlußfolgerungen Bethes doch nicht. Bekanntlich war es Bethe darum zu tun, mit seinen Versuchen der His'schen Lehre entgegenzutreten und die multizelluläre Entstehung der Nervenfaser zu demonstrieren. Die Schwann'schen Zellen haben in den Versuchen Bethes Fibrillen gebildet — das gibt Held zu, und zwar Fibrillen, die leiten. Diese Tätigkeit aber sei den Schwann'schen Zellen nur durch Vermittlung des Neuroblasten möglich, indem die ursprünglich aufgenommene, aus dem Neuroblasten stammende und ihnen zuströmende neurogene Substanz nicht ganz aufgebraucht wurde und noch aufgespeichert vorhanden war. In der letzten Instanz ist es also der Neuroblast gewesen, der die Bildungsmöglichkeit von Neurofibrillen schuf, die Schwann'schen Zellen haben ihre Bildungskraft nur entlehnt und sind nicht aus ihrer Vermittlerrolle zwischen Neuroblasten und werdenden Achsenzylindern gefallen, einer Rolle, die ihnen immer zugeteilt war. Die in den Schwann'schen Zellen selbst aufgespeicherte Substanz ist nach Held nicht langlebig und auch bald erschöpft, deshalb sehen wir den autoregenerierten Nerven auch bald wieder absterben und nur bei jungen Tieren als ein immerhin dürftiges Gebilde sich entwickeln. So-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bald aber die peripheren Gliazellen den direkten Zusammenhang mit dem alten Neuroblasten, der Ganglienzelle, wieder finden, gibt es ein bleibendes, völlig funktionstüchtiges neues Gebilde. Die Deutung, die Held dem Ergebnis der Bethe'schen Versuche zuteil werden läßt, mag etwas erkünstelt erscheinen, eine überzeugende Kraft scheint sie mir nicht zu besitzen; es werden eben zu viele hypothetische Kräfte herangezogen, immerhin erscheint sie uns bemerkenswert, schon deshalb, weil sie zeigt, welche Konsequenzen Held aus seiner Lehre zieht und wie sie von ihm zur Erklärung aller möglichen Verhältnisse herangezogen werden kann. — Daß die Lehre vom Neurenzytium die Prozesse der Regeneration und der Degeneration nahezulegen imstande ist, wird sich mühelos erkennen lassen. Interessant ist die Parallele, die Held zwischen dem Bilde der „retrograden Zellveränderung nach Nervendurchschneidung" (Nißl) und den Zustandsbildern bei der Bildung des Nerven selbst zieht. Die Bilder ähneln sich, wie er zeigt, sehr und legen den Gedanken nahe, daß die betreffende Veränderung nur den Beginn einer Bildungserneuerung bedeutet. — Die Lehre vom Neurenzytium besagt, daß die nervöse Substanz eine Ausdehnung findet, die unserer heutigen morphologischen Kenntnis des N.S. sich entzieht, sie rückt sie über die uns heute sichtbare Grenze der Zelle und ihrer Fortsätze weit hinaus. Die Vorstellungen Nißls vom Wesen und dem Aufbau der grauen Substanz mögen nach Held einen Teil des im Sinne Helds erweiterten Nervengewebes enthalten. Sicher ist, daß die Vorstellung vom Neurenzytium weder morphologisch noch histogenetisch sich mit dem deckt, was die Neuronenlehre vorsieht, wenn man auch diesen nunmehr so vielfach verwässerten Begriff in allen seinen vielfachen Varianten gelten läßt. Held hat es nicht schwer, mit den Anhängern dieser Lehre fertig zu werden: die Auffassung von der Entstehung und dem Aufbau des Nervensystemes, die er sich geschaffen hat, läßt die Nervenzelle mit ihren Derivaten weder als eine morphologische, noch als eine genetische, noch als eine trophische, noch als eine biologische Einheit erscheinen. — An die Neurofibrille als jenem Teil der neuroblastischen Zellsubstanz, die enzytial und kontinuierlich die organische Verbindung zwischen Nervenzelle und Innervationszelle darstellt und die „früh und schnell" im Embryo sich entwickelt erweist, knüpft Held zum Schlusse die allgemeine Funktion der Reizleitung an.

Man ersieht: Um die Lehre vom Neurenzytium dreht sich mehr oder minder die ganze im zweiten Teil des Buches entwickelte Held'sche Auffassung. Die Lehre vom Neurenzytium scheint mir zwei scharf voneinander trennbare Komponenten zu enthalten. Eine rein morphologischer und histogenetischer Natur, die mir kaum anfechtbar erscheint, nämlich die mikroskopisch nachweisbaren Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Elementen, wie sie in der Lehre von der Bildung der Nervenstrecke zutage treten. Die zweite Komponente dagegen, welche mit der Verbreitung eines, sei es wie nur immer gearteten neurogenen und neuroblastisch entstandenen Fluidums sich befaßt, gibt Zweiflern eine breite Angriffsfläche. Held ist sich dessen auch bewußt und bemüht sich wohl gerade deshalb, durch Anhäufung von Tatsachen, die erst durch Heranziehung dieses hypothetischen Etwas unserem Verständnis anscheinend näher gerückt werden, für das Vorhandensein desselben einzutreten. Auf diesem Wege läßt sich unserer Ansicht nach die Existenz eines solchen Zellderivates nicht beweisen, es kann damit nur gezeigt werden, daß es sich um eine heuristisch sehr wertvolle

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sehr anregende und unseren Vorstellungen sehr förderliche Hypothese handeln mag. Ob wir jemals, ohne Konjekturen heranzuziehen, in dieses unentwirrbar erscheinende Getriebe hineinblicken werden, erscheint sehr fraglich; wir werden deshalb immer an jene Auffassung uns halten müssen, die uns am einheitlichsten Aufklärung zu schaffen verspricht. Helds Lehre, soweit sie mit Hypothesen arbeiten muß, erfüllt diesen Zweck, wie mir scheint, von allen bisher herangezogenen Hypothesen noch am besten. Deshalb konnten wir den Inhalt seines Buches einen Fortschritt nennen; er wird als ein solcher auch dann noch gelten müssen, wenn sich einmal wirklich herausstellen sollte, daß Held von unrichtigen hypothetischen Voraussetzungen ausgegangen ist; denn dann erübrigt immer noch der erste Teil seines Buches, der objektive, der an und für sich so viel des Neuen bringt. Merzbacher (Tübingen).

III. Referate und Kritiken.

Psychiatrie.

Fischer (Prag): Über die Wirkung des Nukleins auf den Verlauf der progressiven Paralyse.

(Prager Mediz. Wochenschr., 1909, Nr. 29.)

Die Tatsache, daß Remissionen der Paralyse bisweilen an Eiterungsprozesse sich anschließen, hat bekanntlich schon frühzeitig zu therapeutischen Versuchen Veranlassung gegeben, u. a. zu dem Verfahren von L. Meyer in den siebziger Jahren, durch Einreibung von Brechweinsteinsalbe auf die Kopfhaut einen Eiterungsprozeß zu erzeugen. Die Ursache des günstigen Erfolges kann einmal in der Bildung von Toxinen und Antitoxinen, dann in der Temperatursteigerung und schließlich in der Entstehung einer Hyperleukozytose gesucht werden. Was die letztere Möglichkeit anbetrifft, so wird sie ja durch die experimentell erzeugte Erhöhung der Resistenz des Peritoneums durch Nukleininjektionen (Mikulicz) bewiesen. Diese Erfahrung wurde nun an der Pick'schen Klinik zum Ausgangspunkt für Heilversuche mit Nuklein bei Paralyse gemacht (Injektionen von je $^1/_2$ g in 10 %iger Lösung jeden 3.—5. Tag), und zwar mit ermutigenden Resultaten von 22 Fällen, die natürlich vorläufig kein abschließendes Urteil erlauben, immerhin aber beachtenswert sind, wenn man sie vergleicht mit dem Verlauf einer gleichen Zahl nicht behandelter Kontrollfälle. Es wurden weitgehende Besserungen erzielt und die Mortalität anscheinend günstig beeinflußt (4 Todesfälle unter den Behandelten, 8 unter den Nichtbehandelten). Die Versuche werden fortgesetzt. Liebetrau (Hagen i. W.).

Fennald: The imbecile with criminal instincts.

(Amer. Journ. of Insanity, Bd. LXV, Nr. 4.)

Kurze treffende Charakteristik der Imbezillen mit kriminellen Instinkten. Mitteilung einer größeren Anzahl von Krankengeschichten. Einen Schwachsinn nur auf ethischem Gebiet (moral insanity) hat Verf. nie beobachten können;

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stets fanden sich, oft allerdings erst nach eingehender Beobachtung, auch intellektuelle Defekte.

Verf. wünscht, daß schwachsinnige Kinder mit kriminellen Neigungen, auch wenn diese noch nie zur Betätigung gelangt sind, in geeigneten Instituten erzogen werden, die eine Art Mittelding zwischen Hilfsschulen und modernen Strafanstalten sein müßten. Kölpin.

Richardson: Traumatic amnesia a case of medico-legal interest.
(Amer. Journ. of Insanity, Bd. LXV, Nr. 3.)

Fall von Mord mit nachfolgendem Selbstmordversuch. Amnesie für die Tat und die unmittelbar vorhergehenden Ereignisse. — Forensisch ist der Fall insofern bemerkenswert, als das Gericht annahm, daß das Bestehen einer traumatischen Amnesie den Täter unfähig mache, sich zu verteidigen, und daß dieser deshalb als geistig nicht normal gelten müsse. Verf. hält, wohl durchaus mit Recht, eine derartige Auffassung für nicht unbedenklich. Kölpin.

Ph. Stein (Budapest): Tatbestandsdiagnostische Versuche bei Untersuchungsgefangenen.
(Zeitschr. für Psychol., 1909, Sonderabdruck.)

Die aus der Züricher psychiatrischen Klinik hervorgegangene Arbeit bringt wichtige Beiträge zur Tatbestandsdiagnostik mit Hilfe des Assoziationsexperiments. Die ersten, vorbereitenden Versuche nahm Verf. mit geisteskranken Verbrechern vor, die schon längere Zeit in der Anstalt interniert waren, deren Delikte älteren Datums waren und bei denen die Furcht vor der Bestrafung wegfiel. Sodann ging er zu Untersuchungsgefangenen über und wandte das Experiment sowohl bei geständigen als bei nichtgeständigen an. Die Versuchsanordnung geschah so, daß sich unter 100 Reizwörtern jeweils etwa 25 „kritische", d. h. direkt auf den Komplex des Deliktes bezügliche Reizwörter befanden. Jedem Versuch wurde ein Kontrollversuch mit den gleichen Reizwörtern an einer unbeteiligten Person angeschlossen. Stein richtete sein Augenmerk besonders auf drei Momente: den Inhalt der Assoziationen, die Dauer der Reaktionszeit und die Treue der Reproduktion bei kritischen und nachkritischen Reizwörtern. In den beiden ersten Hinsichten lieferten die Untersuchungen eine positive Ausbeute, während der Reproduktionsversuch sich als nicht geeignet für die Zwecke der Tatbestandsdiagnostik erwies. Den größten Wert legt Verf. auf eine sorgfältige psychologische Analyse der Reaktionen. Er mahnt am Schluß zu großer Vorsicht bei der Verwendung der gewonnenen Resultate. Abraham.

Rumpf (Bonn): Über ärztliche Zeugnisse und Gutachten.
(Beiheft 7 zur Med. Klinik, 1909.)

In seinem im Bonner ärztlichen Verein gehaltenen Vortrag verbreitet sich R. in vorzüglicher Weise über die Anforderungen, die an ärztliche Atteste bezüglich Inhalt und Form gestellt werden müssen, die aber leider noch vielfach nicht genügend erfüllt werden. Besprochen werden Zeugnisse für Krankenkassen, Unfall- und Invaliditätsgutachten, Atteste zum Heilverfahren, Aufnahme in Lebensversicherungen. Dem Neurologen besonders sympathisch ist die Mahnung zur Vorsicht bei der Annahme eines Zusammenhangs zwischen Unfall und Nervenerkrankungen. Verf. weist auf die Notwendigkeit der Ausbildung im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Attestwesen auf der Hochschule hin und macht mit Recht darauf aufmerksam, daß die leider noch weitverbreitete Ungenauigkeit und mangelnde Gewissenhaftigkeit bei Abfassung von Gutachten nicht nur das ärztliche Ansehen schädigen, sondern auch die Gefahr gerichtlicher Bestrafung mit sich bringen.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Major: Selbstmorde Jugendlicher in sozialpädagogischer Beleuchtung. (Zeitschrift f. d. Erf. u. Beh. des jugendlichen Schwachsinns, Bd. II, 6. Heft.)

Geistige Störungen und mangelhafte Anlage des Intellekts oder Charakters werden als die wesentlichen Grundlagen des Selbstmordes Jugendlicher angesehen; die Schuld wird der Unkenntnis der Eltern, Erzieher und Ärzte mit dem Seelenleben der Kinder beigemessen, außerdem auch den sozialen Einrichtungen und den Eindrücken, unter denen die Kinder heranwachsen. In frischem, kampfesfrohem Ton bringt der Verf. eine große Reihe von Besserungsvorschlägen, mit deren Mehrzahl der Arzt durchaus einverstanden sein kann. Die Forderung freilich, daß z. B. eine neuropathische, blutarme Person keine Ehe eingehen sollte, ist in dieser Form überhaupt nicht berechtigt, und, soweit wünschenswert, schwer in eine Vorschrift zu fassen. Müller (Dösen).

Sowremennaya Psichiatria. (Russisch.) Maiheft 1909.

T. J. Judin (Zur Frage der Dementia paranoides) teilt einen Fall mit, wo den systematisierten paranoiden Wahnideen stark ausgeprägte katatonische Erscheinungen vorausgegangen sind. Der Verf. äußert sich gegen die jetzt gebräuchliche Klassifikation der Dementia praecox.

D. B. Feltmann (Zur Frage der Psychoanalyse und Psychotherapie) beginnt eine systematische Darstellung des Entwicklungsganges der Freud'schen Konzeption der Hysterie.

A. N. Bernstein empfiehlt „Bromural als Hilfsmittel bei der Psychotherapie". W. Luniewski (Warda).

Organische Erkrankungen des Nervensystems.

S. A. K. Wilson (London): A review of the question of aphasia. (Review of Neurol. and Psychiatry, Bd. VII, Nr. 3, 1909.)

Verf. gibt eine kurze, kritische Übersicht über Marie's Aphasielehre.

Abraham.

A. Vigouroux: Encephalite hémorrhagique? multiples foyers d'hémorrhagies punctiformes limités à la Substance grise. (Encephalitis haemorrhagica? Multiple Herde von punktförmigen Hämorrhagien auf die graue Substanz beschränkt.)

(Bulletin de la Société clinique de médicine mentale, Bd. II, H. 5, 1909.)

68jähriger Arbeiter, somatisch ohne besonderen Befund außer einer leichten Schwäche des linken Beines und Herzhypertrophie. Psychisch: verwirrt, desorientiert, Merkfähigkeitsdefekte, welcher Zustand nach 6 Monaten schwand. Dann Entwicklung von Ödemen an den Beinen, Hydrothorax, Lungenödem, subnormale Temperaturen, Exitus in komatösem Zustand. Obduktionsbefund: Hypertrophie der Nieren, des Herzens mit Dilatation, Aortenatherom, Hydro-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

thorax, Hydroperikard. Am Gehirn, am Fuß der F_3 und vorderen Ende der Pia eine rote, weiche Stelle, eine ähnliche an der Außenfläche des Hinterhauptslappens. Die Pia ödematös, hyperämisch, an den roten Stellen adhärent. Die mikroskopische Untersuchung ergibt überall leichte Zellveränderungen. In den roten Stellen sind die Venen mit fibrinösen Massen erfüllt, die Kapillaren erweitert, von punktförmigen Hämorrhagien umgeben, perivaskuläres Ödem. Die Venen der Pia sind ebenso verstopft, die Arterien relativ intakt. Eigentliche Entzündungsphänomene fehlen. Verf. hält diese Erscheinungen für bedingt durch kapilläre Embolien bei Morbus Brightii mit sekundärer Venenthrombose und Meningitis. Allers (München).

M. Neustädter (New York): A contribution to the study of tremors.
(Medical Record, 1909, Bd. LXXVI, Nr. 3.)

Verf. hat mittels eines näher beschriebenen und abgebildeten Apparates 328 Tremogramme aufgenommen, d. h. die Zitterbewegungen bei Paralysis agitans, multipler Sklerose, Hemiplegie, Epilepsie, Alkoholismus, Chorea, Hemichorea, Hysterie, Gehirnsyphilis, Dementia paralytica und Dementia praecox (Basedow fehlt) auf der Registriertrommel aufzeichnen lassen. Die Diagramme werden in der vorliegenden Arbeit wiedergegeben und beschrieben; wegen der Einzelheiten sei auf dieselbe verwiesen. Hervorheben will ich nur, daß Verf. zu dem Ergebnis kommt, daß die Unterschiede zwischen den verschiedenen Tremorformen qualitativer, nicht quantitativer Natur sind, und daß jede der angegebenen Krankheiten seinen besonderen, von den anderen deutlich verschiedenen Tremor besitzt, sowie, daß die Häufigkeit des Tremors ohne Einfluß auf den Charakter der Kurve ist und daß schließlich keine materiellen Unterschiede zwischen den Zitterbewegungen der beiden Körperhälften bestehen. Buschan (Stettin).

Risley: Optic neuritis associated with disease of the sinuses accessory to the nose.
(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Mai 1909.)

Mitteilung mehrerer Fälle, in denen entzündliche Vorgänge in den Nebenhöhlen der Nase unter anderem auch zu Neuritis optica geführt haben.
Kölpin.

Coriat: The symptom-complex of central neuritis.
(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Mai 1909.)

Bei Intoxikationen, Kachexie usw. kann es zu einer der Polyneuritis entsprechenden Ausdehnung des Prozesses auf das Zentralnervensystem kommen. Dieser „zentralen Neuritis" entspricht klinisch der Symptomenkomplex: Diarrhöe, Abmagerung, Zuckungen in der Extremitätenmuskulatur, geringes Fieber und Änderung der Reflexe. Gewöhnlich treten diese Erscheinungen erst sub finem vitae auf. Kölpin.

Orbison: Amyotonia congenita: the record of a case with the accompanying clinical findings.
(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, April 1909.)

Verf. beobachtete ein 4jähriges Kind mit vollständigem Fehlen des Muskeltonus: es konnte weder stehen noch sitzen, noch den Kopf hochhalten. Die Patellarreflexe waren vorhanden, die Hautreflexe waren schwach, die Bauchreflexe

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fehlten. Intellektuell schien das Kind sehr zurückgeblieben. Es konnte alle Muskeln gebrauchen; bei Innervation einer Muskelgruppe blieben die Antagonisten schlaff. Die faradische Erregbarkeit der Muskeln war herabgesetzt.

Ätiologisch kommt vielleicht in Betracht, daß das Kind im Alter von 6 Monaten bei großer Hitze eine Wagenfahrt machen mußte; bald nachher bekam es Schreikrämpfe; im Alter von einem Jahr litt es einen Monat lang an rechtsseitigen Konvulsionen. Kölpin.

Prime: The prevention of postoperative adhesions between the cortex and dura.

(Univ. of Penna. Med. Bullet., Bd. XXII, Nr. 2.)

Verf. hat an Hunden verschiedene Methoden probiert, um die oft unangenehme Bildung von Verwachsungen zwischen Cortex und Dura nach Operationen zu vermeiden. Die Einführung von Fremdkörpern, wie sie als Silberplättchen usw. mehrfach empfohlen worden, hat sich ihm nicht bewährt; die besten Resultate sah er bei Berieselung der Hirnoberfläche mit heißer Salzlösung. Er empfiehlt ferner, die Dura nicht zu entfernen, sondern zu reponieren. Kölpin.

Le Count: Blastomycotic lesions of the brain.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, März 1909.)

Bei mehreren Fällen von Blastomykose der Haut fand Verf. auch im Gehirn disseminierte kleine Herde von Blastomykose. Einige Herde in der Pia hatten große Ähnlichkeit mit Miliartuberkeln. Kölpin.

Green: A case of brain abscess showing the pneumococcus.

(Journ. of the Amer. Med. Association, 2. Mai, 1908.)

Den bisher bekannten neun Fällen von Hirnabszeß durch den Fränkel'schen Pneumokokkus fügt Verf. einen zehnten hinzu.

Von den 10 Fällen entstanden 2 nach Otitis media, 3 nach Pneumonie, 1 nach einer chronischen Lungenerkrankung, 1 nach einer nasalen Infektion, 1 nach Trauma. Für die letzten 2, darunter auch den Fall Verf., blieb die Ätiologie unklar. Kölpin.

Byrnes: A study of the axis-cylinders in five cases of glioma cerebri.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, März 1909.)

Verf. hat in allen von ihm untersuchten Fällen von Glioma cerebri mit der Bielschowsky-Methode zahlreiche gut erhaltene Achsenzylinder nachweisen können. Markhaltige Nervenfasern waren viel weniger zahlreich und fehlten in 2 Fällen ganz. Kölpin.

Mills: Tumor of the frontal subcortex and callosum, with flaccid paralysis of the muscles which support the head, aphonia, mental change and other symptoms, illustrated by a case with necropsy.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Mai 1909.)

Ausgesprochene Allgemeinerscheinungen eines Hirntumors, Unfähigkeit, den Kopf aufrecht zu halten, Aphonie, Paraparese, ungeschickte Bewegungen, später rechtsseitige Hemiplegie, Hypästhesie für Schmerz und Temperatur, psychische Veränderungen.

Die Sektion ergab ein Sarkom im Mark des linken Frontallappens und in den angrenzenden Partien des Balkens. Kölpin.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mills: Flaccid paralysis or extreme hypotonia of the muscles, which poise the head and other symptoms indicative of a cerebellar tumor.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Juli 1909.)

8jähriges Kind mit den Allgemeinerscheinungen eines Hirntumors, Anfälle mit Schwindel, Erbrechen und Hinstürzen, Schwäche der rechten Extremitäten, rekurrierende Spasmen im rechten Bein, Bewegungen des Rumpfes durchweg schwach oder ungeschickt, Steigerung der oberflächlichen und tiefen Reflexe besonders rechts. Als auffallendes Symptom fand sich die Unmöglichkeit, den Kopf aufzurichten oder im Gleichgewicht zu halten. — Es wurde ein Tumor des Kleinhirns angenommen. Exitus. Sektion fand nicht statt.

Kölpin.

P. Stewart: Four cases of tumour in the region of the hypophysis cerebri.

(Review of Neurol. and Psychiatry, Bd. VII, Nr. 4, 1909.)

Kasuistische Beiträge. Abraham.

G. Mackay and A. Bruce (Edinburgh): Epithelioma of the hypophyseal duct.

(Review of Neurology and Psychiatry, Bd. VII, Nr. 7, 1909.)

Mitteilung eines Falles von zystischem Tumor des Hypophysenganges. Die Hypophyse selbst fand sich bei der Autopsie nicht verändert; hierdurch wird das Fehlen akromegalischer Symptome begreiflich. Abraham.

Schwabach und Bielschowsky: Ein Fall von Myxofibrom des Felsenbeins mit multipler Hirnnervenlähmung.

(Deutsche medizin. Wochenschr., 1909, Nr. 18.)

Der Tumor hat ähnliche Erscheinungen hervorgerufen, wie die Akustikusgeschwülste im Kleinhirn-Brücken-Winkel; aber die Hirnnervenlähmungen waren ausgedehnter, die allgemeinen Hirndruckerscheinungen wegen des langsameren Wachstums geringer und Kleinhirnsymptome nicht ausgeprägt.

Müller (Dösen).

D. H. Dolley: The morphological changes in nerve cells resulting from over-work in relation with experimental anaemia and shock. (Die morphologischen Veränderungen der Nervenzellen infolge von Überanstrengung in Beziehung zur experimentellen Anämie und Chok.)

(The Journal of medical research, Bd. XXI, S. 95—113, 1909.)

Die Untersuchungen des Verf. erstrecken sich auf das Verhalten der Purkinjezellen bei experimenteller, totaler oder partieller zerebraler Anämie. Die Zellen wurden nach Nißl gefärbt. Die Wirkung von Chok (etwa Operationen in der Bauchhöhle) und beginnender Anämie äußern sich in einer Zunahme des chromatischen Materiales, unabhängig von der gleichzeitig auftretenden Zellschrumpfung; die Zahl der Nißl-Granula ist größer als in normalen Zellen und sie verschmelzen zu größeren Massen. Dieser anfänglichen Zunahme folgt eine Abnahme der chromatischen Substanz; zuerst schwindet das extranukleäre Chromatin, dann tritt das diffuse intranukleäre Chromatin in den Zelleib über und wird aufgebraucht, schließlich wird auch die chromatische Kernstruktur auf-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gezehrt. Die Zellen verhalten sich bei Chok und Anämie gleich, in beiden Fällen kommt es außer zur Störung der Chromatinverteilung zur Vakuolisierung, Schrumpfung, Auftreten von zackigen Formen der Zellen. Verf. hält die Veränderungen im Verhalten des Chromatins für die äußerste Steigerung normaler funktioneller Betätigung der Zellen, deren Wesen in der Chromatinproduktion liegen soll, die nach Erreichung einer gewissen Höhe wieder einem Verbrauche Platz macht. Der pathologischen Steigerung dieses Verhaltens entspricht Ermüdung und sodann völlige Erschöpfung. Aus der Chromatinauswanderung aus dem Zellkern in das Zytoplasma nach Verbrauch der extranukleären Schollen schließt Verf., daß der Kern die Quelle der Schollen sei und diese ein integrierendes Strukturelement der Zelle vorstellen, außerhalb des Kernes funktionierendes Kernmaterial. Allers (München).

John Green: The dependence of ophthalmology upon other branches of medicine.

(Ophthalmology, Bd. V, Nr. 3, 1909, S. 431.)

Hier interessiert nur folgender Fall: 38jähriger Mann erkrankt mit Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen. Der Augenbefund war: leichte doppelseitige Ptosis, linke Pupille weiter als die rechte. Beiderseits Stauungspapille mit Visus $R = {}^{16}/_{15}$, $L = {}^{16}/_{24}$. Gesichtsfeld: rechts wenig, links stark konzentrisch eingeengt. Neurologische Untersuchung ergab: rechter Kniereflex stärker als links, rechter Abdominalreflex viel schwächer als links. Gefühl von Taubheit im rechten Bein. Sonst neurologisch alles normal. Per exclusionem wurde die Diagnose auf Tumor des linken oberen Parietallappens gestellt. Hier bestand auch veränderter Klopfschall. Die daraufhin vorgenommene Trepanation stellte in der Tat ein Gliom dieser Gegend fest, das aber inoperabel war. Infolgedessen wurde nur eine Palliativtrepanation gemacht. Diese hatte eine ausgezeichnete Wirkung, der Patient blieb für den Rest des Lebens (6 Monate) von allen früheren Beschwerden befreit, die Stauungspapille ging, allerdings unter teilweiser Atrophie der Papillen, völlig zurück und der Visus hielt sich auf der gleichen Höhe wie zu Beginn der Beobachtung. Brons (Dortmund).

M. Allen Starr (New York): Caisson disease.

(Medical Record, 1909, Bd. LXXV, Nr. 25, S. 1047—1049.)

In den letzten Jahren kamen in New York über 300 Fälle von Caissonkrankheit zur Kenntnis des Verfassers. Der Häufigkeit nach waren folgende Erscheinungen vertreten.

1. 104mal unter 310 Fällen wurde Myalgie, besonders in den Muskeln des Rückens, aber auch in denen der Gliedmaßen, angegeben (ähnliche Schmerzen wie bei Lumbago).

2. Am zweithäufigsten (68mal) wurde eine Affektion der Ohren beobachtet, entweder Trommelfellruptur oder eine solch intensive Kongestion in das innere Ohr, daß daraus Erscheinungen ähnlich der Menière'schen Krankheit resultierten, wie Schwindel, Erbrechen, heftige Prostration, Tinnitus und Taubheit.

3. Gelenkanschwellungen ohne entzündlichen Vorgang.

4. In 26 Fällen stellte sich Paraplegie ein; diese waren von besonders interessantem Verlaufe. Bald ähnelten die Fälle einer spastischen Paraplegie (Affektion der Seitenstränge), bald einer Tabes (Hinterstrangsklerose), bald wieder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer atrophischen Paralyse mit Störung des Temperatursinnes und der Schmerzempfindung (Erkrankung der grauen Substanz), bald endlich dem Krankheitsbild, was man unter chronischer Myelitis zusammenfaßt. Aber im Gegensatz zu dem sonstigen Verlaufe aller dieser Krankheiten gingen die verschiedenen Typen der Rückenmarkskrankheit bei der Caissonkrankheit alle in Heilung über. Verf. teilt im einzelnen einen solchen Fall mit, der einen Ingenieur betraf. Da dieser versäumt hatte, den üblichen Aufenthalt in den Übergangscaissons zu nehmen, so wurde er sofort nach dem Verlassen des Arbeitscaisson von Schwindel und intensivem Kopfschmerz, sowie großen Schmerzen zwischen den Schultern befallen und innerhalb 15 Minuten war er vom Nacken an abwärts gelähmt: das Bild einer Transversalmyelitis in Höhe des 5. und 6. Halswirbels. Nach Verlauf von 4 Monaten war sein äußerst schweres Leiden gehoben und er vermochte wieder an die Arbeit zu gehen.

5. Monoplegie wurde in 17 Fällen beobachtet, und zwar eher von zerebralem als spinalem Typus, ohne Zweifel infolge von Erweichungsherden oder schlechter Ernährung (Luftblasen in den Venen, wie in einem Falle durch Sektion festgestellt wurde) bestimmter Hirnbezirke.

6. Intensiver Schwindel zerebraler Natur (höchstwahrscheinlich infolge von Emboli) wurde in 14 Fällen notiert. Dieser Zustand ähnelte in mancher Hinsicht den Menière'schen Erscheinungen, war aber von Lähmung einzelner Gehirnnerven begleitet, ein Zeichen, daß die Ursache nicht im Ohre lag.

7. Demnächst häufig, d. h. bei 13 Kranken, zeigten sich Symptome, die Verf. als Asphyxie zusammenfaßt.

8. Aphasie stellte sich nur in einer geringen Anzahl von Fällen ein.

Im allgemeinen verliefen viele der Fälle mit schweren zerebralen Erscheinungen günstig.

Die Behandlung bestand darin, daß die Kranken, sobald sich die ersten Erscheinungen zeigten, für mehrere Stunden in einem Raum untergebracht wurden, in dem sie sich unter 2—3 Atmosphären Druck befanden, der allmählich verringert wurde. Sonst kamen noch Strychnin (zur Besserung der Zirkulation) und Ergotin (zur Zunahme des arteriellen Druckes) in Anwendung.

Buschan (Stettin).

S. R. Slaymaker and F. Elias: Papilloma of the chorioid Plexus with hydrocephalus.

(The arch. of intern. Med., Bd. III, 1909, S. 289.)

Kasuistik. Interessant war bei dem beschriebenen Fall, daß, trotzdem der Tumor im Kleinhirn saß, sehr groß war und einen starken Hydrozephalus gemacht hatte, die allgemeinen Tumorsymptome fehlten. Der Tumor stand in direktem Zusammenhang mit den Plexus chorioidei, füllte den 4. Ventrikel vollständig aus und verdrängte die ganze weiße Substanz des Kleinhirns. Der histologische Bau ließ die Abstammung von den Plexus chorioidei deutlich erkennen.

G. Liebermeister (Köln).

Coover: Studies on the etiology of papilloedema (choked disk).

(Univ. of Penna. Med. Bull., Bd. XXII, Nr. 4.)

Verf. hat bei einer Serie von Hunden ein steriles Stück Knochen zwischen Dura und Schädel geschoben; Stauungspapille wurde nie beobachtet. Bei einer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zweiten Serie von Hunden wurden kleine Gummiballons eingeführt, die ein Gemisch von Zink und Schwefelsäure enthielten. Durch die eintretende Gasentwicklung und die dadurch hervorgerufene Ausdehnung des Ballons beabsichtigte man, die Wirkung eines wachsenden Tumors nachzuahmen. Auch bei dieser letzten Versuchsanordnung trat nie Stauungspapille, sondern nur einige Male eine leichte venöse Kongestion ein. — Verf. glaubt, daß für die Ätiologie der Stauungspapille sowohl mechanische wie tonische Momente, und zwar letztere in erheblich höherem Maße in Frage kommen. Kölpin.

J. W. Charles: The influence of the field of vision in determining for or against a palliative operation for papilloedema. With report of a case.

(The american Journal of ophthalmology, Bd. XXVI, Nr. 6, 1909, S. 161.)

Trotz der großen Erfolge und der verbesserten Technik der Palliativtrepanation bleibt sie doch noch ein gefährlicher Eingriff, der nur auf strengste Indikation hin unternommen werden sollte. Es dürfen nur solche Fälle von Stauungspapille operiert werden, die eine Verschlechterung unter abwartender Hg-Jk-Kur erfahren. Diese Verschlechterung, aber auch eine eventuelle Besserung läßt sich am besten durch möglichst häufige Gesichtsfeldaufnahmen, besonders auch der Farbengrenzen, beurteilen. Ein einschlägiger, zur Heilung gekommener Fall wird mitgeteilt. Brons (Dortmund).

Thomas and Lund: A case of decompression for cerebral thrombosis.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, März 1909.)

Die Verf. empfehlen bei akuter Steigerung des Hirndrucks (Thrombose, Embolie, Ödem bei Bright'scher Krankheit usw.) zur Entlastung des Gehirns die Trepanation. In einem Falle von Hirnthrombose nach Partus mit sehr bedrohlichen Erscheinungen erfolgte volle Heilung. Kölpin.

Francis Harbitz: Om svulster i nerveuse og multipel neuro-fibromatose (v. Recklinghausens sygdom).

(Norsk mag. f. lägevid., 1909, Nr. 2—4.)

Großangelegte, zum Teil rein pathologisch-anatomische, zum Teil mehr klinische Abhandlung, die fast überall auf eigenen Untersuchungen fußt und viele originelle Anschauungen enthält. Für ein kurzes Referat nicht geeignet, ist ihre Kenntnisnahme für jeden sich mit diesen Fragen beschäftigenden Neurologen unumgänglich. A. Wimmer.

Fr. Harbitz: Multiple Neurofibromatosis (v. Recklinghausen's disease).

(The archives of intern. medicine, Bd. III, Chicago 1909, S. 32.)

An der Hand von 15 von ihm selbst beobachteten Fällen, die durch 28 Abbildungen vorzüglich illustriert sind, bespricht H. die multiple Neurofibromatose vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte. Die hauptsächlichsten Symptome der Krankheit sind: multiple Hauttumoren (Fibroma molluscum), Pigmentierungen der Haut, verschiedenartige Nerventumoren und elefantiasisähnliche Bildungen. Die Hauttumoren fehlen in keinem Fall; ihre Ausdehnung und Größe ist sehr verschieden. In einzelnen Fällen werden ihrer 100 und 1000 gefunden. Ihre Größe wechselt von den feinsten Knötchen bis

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu haselnuß- oder hühnereigroßen Tumoren. In einzelnen Fällen können die Tumoren viel größer werden und oberflächlich ulzerieren. Sie sind unregelmäßig über die Haut verteilt und halten sich nicht an den Verlauf von Nerven. Gleichzeitig treten Tumoren im Verlauf von Nerven auf. Diese machen nur durch ihre Lokalisation und Größe Störungen, während sie auffallenderweise nur selten die Nervenfunktion beeinträchtigen. Motorische Störungen fehlen fast immer, hier und da werden Veränderungen an der Sensibilität gefunden. Das Erhaltensein der Nervenfunktion beruht darauf, daß die Nervenfasern lange Zeit in den Tumoren erhalten bleiben. Die Tumoren erscheinen unter verschiedenen Formen, als diffuse Infiltration und diffuse Fibromatose eines oder mehrerer Nerven (Neuroma plexiforme) oder als Rankenneurome, die besonders am Kopf auftreten. Die plexiformen Neurome können eine außerordentliche Größe erreichen und eine mukoide oder kolloide Degeneration eingehen. In solchen Fällen entwickeln sich nicht selten sekundäre Sarkome. Gelegentlich kommt es zu elefantiasisartigen Hautverdickungen (Elefantiasis neuromatosa). Die abnorme Hautpigmentierung fand sich in allen Fällen. Sie kann kongenital sein oder auch sich später erst entwickeln. Auch sie zeigt nur äußerst selten eine Lokalisation nach bestimmten Nervengebieten. Gelegentlich finden sich auch Hautangiome. — Relativ häufig beobachtet man bei den Kranken auch psychische Störungen, Apathie, Intelligenzstörungen. Ebenso sieht man in manchen Fällen kongenitale Defekte, Mißbildungen von Fingern und Zehen, Kryptorchismus, Kretinismus u. dgl.

Die Krankheit tritt in jedem Lebensalter auf. Oft ist eine hereditäre Disposition und ein familiäres Auftreten nachweisbar (in etwa $^1/_5$ der Fälle). Unter H.'s Fällen war einmal Mutter und Tochter befallen, in einem Falle ließ sich kongenitale Elefantiasis in 5 Generationen nachweisen. Manche Krankheitssymptome sind kongenital, andere treten erst in der Kindheit oder später in Erscheinung. Kongenitale Nerventumoren sind bisher nicht beobachtet. In der Regel ist die Entwicklung der Krankheit eine langsame, jahrelang dauernde. Die meisten Kranken sterben mit der Krankheit, nicht an ihr. Langdauernder Stillstand kommt oft vor, spontanes Verschwinden ist bisher kaum einwandfrei beobachtet. Umwandlung in Sarkome ist bei den plexiformen Neuromen häufig; sie wird nicht selten durch operative Eingriffe beschleunigt. Die maligne Umwandlung kommt in etwa 12,5 % aller Fälle vor. — Hier und da findet man neben dieser Krankheit andere Tumoren, besonders Karzinome und Sarkome äußerer und innerer Organe.

Die histologische Untersuchung hat ergeben, daß die Hauttumoren sich von dem Bindegewebe der kleinen Hautnerven aus entwickeln. Auch die Tumoren der größeren Nerven gehen vom Endo- und Perineurium aus und bilden Fibrome. Manchmal sind diese aber so zahlreich, daß man im Zweifel sein kann, ob man sie nicht in Fibrosarkome oder als echte Sarkome bezeichnen soll. Die späteren Stadien zeigen oft das Bild des Spindel- oder des Riesenzellensarkoms. G. Liebermeister (Köln).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

32. Jahrgang. Zweites Dezemberheft 1909. Neue Folge 20. Bd.

I. Originalien.

Über die Systematik der funktionellen Psychosen.

Referat auf dem baltischen Ärztekongreß in Dorpat am 25. August 1909.

Von **Julius Schroeder**, Riga-Rothenberg.

(Mit 2 Skizzen.)

M. H.! Jede Wissenschaft beginnt die Darstellung ihres Systems damit, daß sie sich selbst definiert, indem sie ihren eigentlichen Gegenstand umgrenzt und ihre Methoden angibt. Bezeichnet man die Psychiatrie als Lehre von den Seelenkrankheiten, so ist damit auch die wissenschaftliche Grundlage bestimmt, die sie von den übrigen medizinischen Wissenschaften unterscheidet. Die Wissenschaft, die sich mit der Beschreibung und Erklärung der seelischen Erscheinungen befaßt, nennt man Psychologie. Die Psychiatrie ist daher, wenn sie wirklich die Lehre von den Seelenkrankheiten ist, ein auf psychologische Erkenntnisse und Methoden zu gründendes Lehrsystem, in gleicher Weise wie die anderen klinischen Wissenschaften auf den Methoden der Physiologie beruhen.

Bei den meisten läuft neben der ebengenannten Definition eine andere, wie man glaubt, gleichberechtigte einher, nämlich die, daß die Psychiatrie die Lehre von den Gehirnkrankheiten ist. Da man aber nicht übersehen kann, daß die Neurologie sich schon der Gehirnkrankheiten bemächtigt hat, umgrenzt man ihr Gebiet noch enger und sagt mitunter, die Psychiatrie ist die Lehre von den diffusen Rindenkrankheiten.

Es kann zwar nicht geleugnet werden, daß die Seelenkrankheiten in einem gewissen Zusammenhange als Krankheiten des Gehirns gelten können. In welchem Sinn dieser Zusammenhang aber aufzufassen ist, läßt sich heute auch noch nicht annähernd bestimmen. Jedenfalls sind die Seelenkrankheiten nicht in demselben Sinne Krankheiten des Gehirns, wie die verschiedenen Pneumonien Krankheiten der Lunge oder die Nephritiden Krankheiten der Niere sind.

Vielleicht ist die unklare Scheidung zwischen den beiden Gebieten zum größten Teil gerade auf die Verquickung zurückzuführen, in der sich für die Auffassungsweise mancher Hirnphysiologen Körperliches und Seelisches darbietet. Die Hirnphysiologie operiert mit denselben Begriffen wie die Psychologie, und für manche steht das physiologische Geschehen im Gehirn in derart innigen Beziehungen zum Seelischen, daß sie glauben, isolierte psychische Elemente und Gebilde lokalisieren zu können.

Wie diese von anatomischen und physiologischen Autoren gedachte Hirnseele beschaffen ist, und welchen psychologischen Erfahrungstatsachen die Auseinanderlegung der Seele in eine Mannigfaltigkeit selbständiger Elemente von räumlichem Dasein widerspricht, kann hier übergangen werden. Wir wollen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

uns an das Schicksal der Rückenmarkseele erinnern und die Möglichkeit andeuten, daß es der Physiologie mit der Gehirnseele ähnlich ergehen könnte.

Die von den Physiologen gedachte Innigkeit der Beziehungen zwischen räumlich lokalisierten, materiellen Prozessen und beliebigen Vorstellungs- und Wahrnehmungsbildern dürfte in dem Maße gelockert werden, als sich die Gehirnphysiologie höheren Graden wissenschaftlicher Vollkommenheit annähert.

Es kann fraglich sein, ob die Physiologie jemals den Punkt erreichen wird, der die ideale Lösung ihrer wissenschaftlichen Aufgabe bezeichnet. Aber wenn das geschieht, werden sich höchstwahrscheinlich die Gehirnfunktionen für den Physiologen im wesentlichen nicht von den Funktionen anderer Organe unterscheiden und sich als mechanische Vorgänge, wenn auch von besonders verwickelter Art, erweisen.

Von einem solchen Standpunkt erscheint die Gehirnphysiologie als Wissenschaft des Seelischen nicht genügend beglaubigt. Will man jedoch an der physiologischen Grundlage der Psychiatrie festhalten, so muß die Psychiatrie als Einzelwissenschaft aufgegeben werden. Sie kann dann nur ein untergeordnetes Dasein als Teil der Neurologie haben, vielleicht als der Teil, der die tatsächlichen und hypothetischen diffusen Rindenerkrankungen behandelt.

Wenn wir jetzt zur Betrachtung der gegenwärtigen wissenschaftlichen Situation in der Psychiatrie übergehen, so sind es vor allem die beiden Bezeichnungen „klinisch“ und „symptomatisch“, die uns beschäftigen müssen. Diese Schlagwörter sind hauptsächlich bei den Anhängern der Kraepelin'schen Schule in Gebrauch und dienen dazu, ihre Methode als die klinische den älteren symptomatischen Richtungen gegenüber zu kennzeichnen. Außerdem wird besonders hervorgehoben, daß das nach klinischen Gesichtspunkten verarbeitete Material zu Krankheitseinheiten zusammengefaßt werde, während die älteren Systeme nur aus Zustandsbildern beständen.

Wir wollen daher von der Frage ausgehen, ob mit den Worten „klinisch“ und „symptomatisch“ alles, was die verschiedenen Systeme voneinander unterscheidet, einen erschöpfenden Ausdruck gefunden hat, und ob die Behauptung begründet ist, daß die klinische Methode Krankheitseinheiten geschaffen hat.

Die Beschreibung der Psychosen kann selbstverständlich nur in der Beschreibung individueller Krankheitsfälle bestehen. Jeder individuelle Krankheitsfall setzt sich aus einer Reihe wechselnder psychischer Erscheinungen zusammen, die sich in mannigfaltiger Weise miteinander verbinden und einander ablösen. Als Ereignisse oder Vorgänge haben diese Erscheinungen einen zeitlichen Verlauf, und die Gesamtheit aller ist in zeitliche Grenzen eingeschlossen. Wir können also wie bei allen komplexen Erscheinungen neben spezielleren, inhaltlichen oder qualitativen Merkmalen umfassendere und formale unterscheiden.

Nun kann darüber gar kein Zweifel bestehen, daß sich eine vollständige Beschreibung über die ganze Psychose verbreiten muß, daß sie alle Merkmale, sowohl die materialen als auch die umfassenderen, formalen enthalten muß. Oder könnte man am Ende den einen einen Vorzug vor den anderen einräumen, indem man etwa annimmt, daß den formalen Merkmalen ein größerer Erkenntniswert eigen ist als den übrigen?

Nehmen wir ein möglichst einfaches Beispiel. Es seien etwa eine bestimmte Anzahl flächenförmiger Gebilde von dreieckiger Gestalt und verschiedenerlei Färbung zu beschreiben. Die eine Beschreibung würde sich nur auf die for-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

malen Merkmale beschränken und angeben, es seien gleichseitige oder ungleichseitige und gleichschenklige Dreiecke gesehen worden. Die andere Beschreibung faßt die gesehenen Merkmale unter die Begriffe rot, grün, gelb usw. zusammen. Nun fragt es sich, welche der beiden Beschreibungen vor der anderen den Vorzug verdient. Die Antwort kann nur lauten: keine, denn beide sind unvollständig.

Allerdings hat es die Psychiatrie nicht mit irgendwelchen Gebilden von räumlicher Form zu tun, aber doch mit Komplexen und Zusammenhängen psychischer Gebilde von verschiedener Beschaffenheit, und die umfassendsten Merkmale dieser gehören der zeitlichen Form an. Auch hier darf man nicht, sofern es sich um eine Beschreibung handelt, das Formale bevorzugen.

Der Verlauf, die Dauer, Anfang und Ausgang sind gewiß für die Charakterisierung einer Psychose unentbehrlich, aber nicht irgendwie unentbehrlicher als die spezielleren Merkmale. In einem System, dessen Definitionen vorwiegend deskriptiver Natur sind, kann von einem Vorrang bestimmter, in der Beobachtung angetroffener Momente keine Rede sein. Alle sind einander gleichwertig, solange über die Beziehungen des Gleichzeitigen und Aufeinanderfolgenden nichts ausgesagt werden kann.

Daraus folgt mit logischer Notwendigkeit, daß alle überhaupt möglichen zusammenfassenden Anordnungen des in den Einzelbeobachtungen bearbeiteten Erfahrungsstoffes nebeneinander theoretisch gleichberechtigt sind.

Ich bitte zu beachten, daß die bisherigen und die folgenden Ausführungen eigentlich die Frage in sich bergen: Welche Gegensätze sind zwischen der klinischen und symptomatischen „Methode" denkbar unter der Voraussetzung, daß die Anordnung des Erfahrungsstoffes in beiden Fällen nach willkürlich gewählten Einteilungsgründen stattfindet?

Der Psychiater, der individuelle Krankheitsfälle unter allgemeine Begriffe zu bringen sucht, ist theoretisch in der Bildung dieser Begriffe durchaus nicht an bestimmte Einteilungsgründe gebunden. Logisch kann es gleichgültig sein, ob er diese Begriffe mehr klinisch oder mehr symptomatisch faßt, oder, um bei unserem vorigen Beispiel zu bleiben, es ist gleichgültig, ob ich die zuvor gesehenen Dreiecke unter die Speziesbegriffe ungleichseitig, gleichschenklig oder grün, rot, blau bringe.

Nun will man nicht schlechthin anordnen, sondern die Einteilungsglieder sollen natürlichen Krankheitsbegriffen entsprechen. Vergegenwärtigen wir uns einen Augenblick den Sinn der beiden Ausdrücke „einheitlich" und „natürlich", so werden wir finden, daß sie durchaus nicht dasselbe bedeuten.

Ein Krankheitsbegriff ist um so natürlicher, je größer die Ähnlichkeit zwischen den individuellen Krankheitsfällen ist, die durch denselben Begriff repräsentiert werden. Ein anderes Kennzeichen der Natürlichkeit gibt es nicht, denn willkürlich ist ja der natürliche Krankheitsbegriff gleichermaßen wie der künstliche.

Etwas ganz anderes ist es mit der Einheitlichkeit, denn diese setzt mehr voraus als Beschreibung. Einheitlich ist ein Begriff in dem Grade, als er auf den gegenseitigen Beziehungen und Abhängigkeitsverhältnissen zwischen den Merkmalen beruht, nicht aber nur auf dem Gegebensein bestimmter Merkmale als solcher. Einheitlichkeit setzt mit einem Worte genetische oder kausale Erklärung voraus, und wer sich unter dieser Voraussetzung die Psychosen unserer verschiedenen psychiatrischen Systeme näher ansieht, wird für das Wort Krankheitseinheit schwerlich Verwendung finden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Man wird mir auf das eben Gesagte entgegnen, daß wir auch auf psychiatrischem Gebiete Krankheitseinheiten haben, und man wird mir vor allem die Paralyse als solche Einheitspsychose anführen. Sehen wir aber genauer zu, was wir „diagnostizieren", so werden wir finden: bestimmte anatomische Gehirnveränderungen. Fragen wir nach der Natur der Erscheinungen, auf die wir uns dabei stützen, so sind es physische Erscheinungen. Das, worauf die Einheit sich hier gründet, sind Beziehungen zwischen physischen Merkmalen: Gehirnveränderungen, Sprachstörungen, Pupillenstarre, Wassermannsche Reaktion.

Unsere Sicherheit verläßt uns, sobald wir auf solche anatomische Veränderungen aus psychischen Erscheinungen schließen sollen und nähert sich mehr oder weniger dem Gültigkeitsgrade der „Diagnosen" funktioneller Krankheiten. Zwar nehmen wir an, und noch mehr, häufig „fühlen" wir es gewissermaßen heraus, daß auch die psychischen Vorgänge bei der Paralyse eine Einheit bilden. Diese Einheit hat aber keinen begrifflichen Ausdruck gefunden, der wissenschaftlichen Anforderungen genügt. Es mag angenommen werden, daß wir mit größerem Recht die paralytischen Psychosen für eine Einheit halten können als beliebige funktionelle, z. B. die manisch-depressiven Formen. Aber auf das Recht kommt es hier gar nicht an. Mit dem allergrößten Recht kann man ja auch das gesamte Universum für eine Einheit halten, doch davon weiß und wird man vielleicht immer wissenschaftlich am allerwenigsten wissen.

Berücksichtigen wir, daß diese Einheit eine wissenschaftlich erkannte Einheit sein muß, und beharren wir beim Standpunkt, daß das Wesentliche der psychiatrischen Aufgabe in dem Nachweis psychologischer und nicht physiologischer Einheiten besteht, so beantwortet sich die Frage von selbst, wie weit wir von den paralytischen Psychosen mehr wissen als von den andern. Der Krankheitsbegriff der Paralyse entstammt gewiß der psychiatrischen Klinik, aber als wissenschaftliche Einheit ist er ein Ergebnis neurologischer und nicht psychiatrischer Arbeit. Diejenigen aber, die bei den paralytischen Psychosen von wirklich gesicherten Kenntnissen auf psychiatrischem Gebiete sprechen, sind im Unrecht. Es müßte heißen: Die wirklich gesicherten Kenntnisse der Psychiater, wenn man nur die der Paralyse und der übrigen organischen Psychosen als solche gelten läßt, gehören durchaus nicht den psychiatrischen, sondern dem neurologischen Gebiete an.

Fassen wir das Bisherige zusammen: Von einer wissenschaftlichen psychopathologischen Krankheitseinheit kann bisher keine Rede sein, auch das Kraepelin'sche System enthält keine Einheiten in dem hier bezeichneten Sinne. Man kann ferner nicht annehmen, daß die Zusammenfassung des Materials nach Übereinstimmungen in den umfassenderen Merkmalen — in einem anderen, deutlicheren Sinne ist der Begriff des Klinischen bisher nicht interpretiert worden[1]) — die Verschiedenheit dieses klinischen Systems von den andern sogenannten symp-

[1]) Ich weiß sehr wohl, daß man dieser Auslegung widersprechen kann, und denjenigen, die das Wort „klinisch" brauchen, etwas ganz anderes vorschwebt, als hier Gemeinte. Ich finde nur, daß der methodologische Charakter der „klinischen" Lehre noch nicht prägnant bestimmt worden ist. Solange das aber der Fall ist, läßt sich logischerweise unter einer der symptomatischen Auffassungsweise entgegengesetzten nur das Obengemeinte denken. Ich ziehe also nur eine logische Konsequenz und bin mir der tatsächlichen Verhältnissen gegenüber gewissermaßen einer Fiktion bewußt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

matischen irgendwie zu erklären imstande ist. Logischerweise müßten die ausgearbeiteten Krankheitsbegriffe der einander bekämpfenden Lehren sich decken, vorausgesetzt, daß alle sich auf gute Beobachtungen stützen. Kraepelin selbst spricht diese allerdings durchaus selbstverständliche Ansicht aus[1]), indem er sagt, „daß auch eine rein symptomatische Betrachtungsweise schließlich zu einer Aufteilung der Zustandsbilder in die verschiedenen klinischen Formenkreise gelangen könne".

Im Grunde genommen ist jedoch auch die Kraepelin'sche Betrachtungsweise eine rein symptomatische, schon deshalb, weil es eigentlich gar keine andere geben kann.

Ähnlichkeit der Zustandsbilder, gleichgültig, ob es sich um paranoische, halluzinatorische, melancholische usw. handelt, besage nichts, so heißt es bei Kraepelin. Gleiche Zustandsbilder kämen eben bei den verschiedenartigsten Krankheiten vor. Gleichzeitig betont aber Kraepelin, daß verschiedenartige Krankheitsvorgänge schwerlich dieselben Endzustände hervorrufen können[2]). Wir müssen hier die Frage aufstellen, ob die Endzustände nicht auch schließlich Zustandsbilder sind? Nun wird es ja klar und deutlich von Kraepelin ausgesprochen, was er unter „denselben Endzuständen" meint. Er meint eben nichts anderes, als daß dasselbe Wesen der verschiedenen individuellen Verlaufsarten sich in den Endzuständen für ihn gewissermaßen eindringlicher ausspricht.

Aber warum sollte sich nicht dieses Wesentliche einem anderen Forscher aus einem anderen Zustandsbilde, vielleicht sogar aus dem Anfangszustande offenbaren? Auch das wäre nicht ausgeschlossen, sofern in diesem letzteren Falle gründlich und umfassend beobachtet worden ist.

Wir sehen also, daß alle Verschiedenheit der Systeme in letzter Linie durch nichts anderes erklärt werden kann, als durch eine Verschiedenartigkeit der zugrunde liegenden Beobachtungen.

Wir wollen nun festzustellen suchen, worauf diese Verschiedenartigkeit der Beobachtung im wesentlichen beruht, und wovon sie abhängig ist.

Die Wissenschaft richtet sich überall darauf, Einheiten herzustellen. Alle Erfahrungswissenschaften, die einen höheren oder geringeren Grad von Exaktheit erreicht haben, sind dabei von zwei Voraussetzungen ausgegangen. Die erste Voraussetzung besteht im Nachweise von Beziehungen zwischen den Erscheinungen. Zweitens setzt die vereinheitlichende Zusammenfassung voraus, daß diese Erscheinungen hinsichtlich ihrer Beschaffenheit in irgend etwas übereinstimmen und sei diese Übereinstimmung eine noch so allgemeine. Dieses zweite Moment schließt nun gleich die Möglichkeit aus, Physisches mit Psychischem zu Einheiten zusammenzufassen, und wo man geglaubt hat, sich darüber hinwegsetzen zu dürfen, hat man als Resultat nichts als unanschauliche Gedankenprodukte zu Tage gefördert.

Psychisches und Physisches sind eben hinsichtlich ihrer Beschaffenheit überall voneinander durchaus verschieden, mögen sie auch durch noch so innige Wechselbeziehungen miteinander verbunden sein. Wie man diese Beziehungen deuten mag, ob man sie als ursächliche auffaßt, oder ob man durch metaphysischen Machtspruch den Gegensatz zwischen Physischem und Psychischem auf-

---

[1]) Kraepelin, I. Bd. der 8. Auflage des Lehrbuchs der Psychiatrie, Seite 522.

[2]) Kraepelin, I. Bd. der 8. Auflage des Lehrbuchs, Seite 524.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hebt, indem man ihn für Identität erklärt, ist hier gleichgültig. Auf solche Momente mag eine Metaphysik ihre Einheiten stützen, hier handelt es sich nicht um metaphysische, sondern um empirische Einheiten.

Wenigstens hat die nichtpsychiatrische Medizin die beiden Grundsätze befolgt. Ihre Systeme stützen sich überall nur auf physische Erscheinungen und auf Beziehungen zwischen diesen. Und doch ist auch ihr Objekt der Mensch.

Psychiater haben aber geglaubt, es anders machen und Einheiten schaffen zu können, deren Glieder teils physischer, teils psychischer Natur sind. Es ließ sich allerdings nicht übersehen, daß es beständige Motive gibt, die zu einer Vereinheitlichung des Psychischen und Physischen aufzufordern scheinen. Man braucht sich nur dessen zu erinnern, wie man durch Einverleibung einer Dosis Morphium oder Alkohol seelisch verändert wird, wie die körperlichen Zustände des Hungers und der Müdigkeit uns seelisch beeinflussen. Aber mag die durch solche Beobachtungen nahegelegte Einheit von Psychischem und Physischem die einheitlichste von allen sein, einer empirischen Einzelwissenschaft ist es einstweilen jedenfalls nicht gegeben, diese Einheit nachzuschaffen oder nachzubilden. Die Wissenschaft vermag daher nicht mehr als diese Tatsache zu konstatieren.

Um nun den Beziehungen des Psychischen zum Physischen einen Namen zu geben, ohne dadurch etwas zu präjudizieren, können wir vielleicht sagen, das eine sei für das andere ein Zeichen und umgekehrt. Beispielsweise erschließen wir aus gewissen körperlichen Erscheinungen an unseren Mitmenschen Seelisches von verschiedenerlei Art: Denk-, Gefühls- oder Willensvorgänge. In derselben Weise sind psychische Innenvorgänge, die von dem Patienten geschildert oder aus seinem Äußeren erschlossen werden, für den Internisten und Neurologen Zeichen für Veränderungen in den vegetativen Organen oder in dem Zerebrospinalsystem. Die eigenartige Benommenheit des Typhuskranken ist sogar für den Internisten ein Zeichen von einem gewissen diagnostischen Wert. Nichtsdestoweniger wird man aber nicht behaupten können, daß die wissenschaftlich begründete Krankheitseinheit, die wir Typhus nennen, sich auf psychische Merkmale stützt.

Psychische Erscheinungen sind, um es kurz zu formulieren, für den Nichtpsychiater Zeichen, sie sind aber nicht Merkmale von systematischem Wert. Wir können daher sagen: Symptome im Sinn von systematischen Merkmalen sind für den somatischen Kliniker physische Erscheinungen in ihrer physischen Natur schlechthin, d. h. soweit sie aus dem Gesamtzusammenhang physiologischen Geschehens im Körper zu verstehen und zu erklären sind.

Ich bitte diese, vielleicht zu weit ausholenden Ausführungen zu entschuldigen.

Mir scheint aber, als ob man sich häufig nicht in genügender Klarheit bewußt gewesen wäre, daß ein System nur auf systematische Merkmale gegründet werden kann. Selbstverständlicherweise und analog zu dem Obengesagten kann für den psychiatrischen Systematiker als systematisches Merkmal nur Psychisches gelten, aber Psychisches nicht als Zeichen oder Hinweis auf Außerpsychisches, sondern ausschließlich, sofern es in den psychischen Lebenszusammenhang hineingehört.

Nimmt man das Wort Symptom in dem hier angeführten Sinne, so wird man zwei Fehler vermeiden. Man wird erstens den Erkenntniswert des Symptoms nicht unterschätzen. Zweitens wird man nicht als psychopathologisches Symptom

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

betrachten, was kein solches ist und zu allen möglichen Einteilungen Veranlassung geben kann, aber nur nicht zur Einteilung von Psychosen.

Sehen wir weiter zu, wie man über die Symptome denkt. Unter anderem sagt man, der Begriff des halluzinatorischen Irreseins habe denselben Wert, den etwa der Terminus Fieber hätte, wenn man darunter einen Krankheitsbegriff „Fieber" verstehen wollte. Das Fieber sei eben keine Krankheit, sondern nur ein Symptom. Das ist gewiß richtig. Aber fragen wir, ob das Halluzinieren hier in demselben Sinne ein Symptom ist wie das Fieber?

Beobachte ich den Verlauf eines Fiebers, so kann ich unter Umständen, ohne mich auf sonstige Merkmale zu stützen, dieses Fieber von anderen Fieberformen abgrenzen. Ich kann aber nicht, auch nicht bei einer Methode von strengster klinischer Observanz, etwa bei Typhusfällen, durch die genaueste Registrierung aller begleitenden psychischen Erscheinungen oder der physischen Erscheinungen, die als Zeichen für Psychisches aufgefaßt worden sind, zu einer Abgrenzung des Typhus von anderen körperlichen Erkrankungen gelangen. Das sogenannte Nervenfieber illustriert diese Unmöglichkeit. Zwischen dem systematischen Wert des Fiebers und dem der Halluzinationen ist aber ein großer Unterschied. Die Halluzination als Zeichen eines unmittelbar zentral oder peripher ausgelösten, räumlich lokalisierten zerebralen Erregungsvorganges hat nicht den geringsten systematischen Wert für die Einteilung der Psychosen. Schon deshalb nicht, weil sie in dieser Bedeutung auch bei Nichtgeisteskranken vorkommen kann. Daß das häufig genug der Fall ist, wissen wir. Man sagt daher auch, die Halluzination sei nicht bedingungslos als Symptom einer Geisteskrankheit aufzufassen, die Grenzen zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit seien eben fließend. Hier handelt es sich aber für mich gar nicht um die Grenzen zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit, sondern um die Grenzen zwischen psychischer und physischer Krankheit, und diese sind nirgendwo fließend. Warum sollten wir auch eine Halluzination, insofern sie ein Zeichen für einen pathologischen Erregungsvorgang im Hirn ist, für ein Symptom von Geisteskrankheit halten. Wir halten doch nicht Blinde, Taube oder Anästhetische auf Grund ihrer physiologisch bedingten Sinnesdefekte für geisteskrank.

Wir müssen daher sagen: Weniger deshalb ist der Begriff „halluzinatorisches Irresein" keine Krankheitseinheit, weil die Halluzination ein bloßes Symptom einer psychischen Krankheit ist, sondern vielmehr aus dem Grunde, weil sie kein Symptom ist. Die Halluzination ist ein Klassenbegriff, unter dem wir ganz heterogene Dinge sowohl auf physischem als vielleicht auch auf psychischem Gebiet zusammenfassen. Einmal mittelbar, durch psychische Erscheinungen oder durch Zeichen, Störungen in den Sinnesorganen, in dem peripheren und schließlich in dem zentralen Nervensystem. Prinzipiell etwas ganz anderes ist es aber, wenn wir fragen, ob das Auftreten der Halluzinationen durch Veränderungen des psychischen Gesamtzustandes bedingt ist. Nur soweit dieses Moment, also die Entstehung aus psychischer Ursache, in Betracht kommt, können die Bedingungen, unter denen Halluzinationen auftreten, als Symptom von Geisteskrankheit aufgefaßt werden. Diese psychische Bedingtheit müßte aber durch irgendwelche empirische Merkmale des Psychischen definiert werden. Die Psychiatrie hat aber diese Aufgabe noch nicht gelöst, und wenn sie sie gelöst haben wird, wird sich vielleicht erweisen, daß das, was für uns heute gleich-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

artig erscheint, sich als höchst Verschiedenartiges herausstellt. Mit einem Wort, daß Halluzination und Halluzination durchaus nicht dasselbe ist wie Fieber und Fieber.

Nicht minder gilt das Bisherige für die Wahnideen. Schon die Definition dieses Begriffes als Urteilstäuschung gibt die ihm anhaftende Mangelhaftigkeit kund. Mindestens müßte diese Definition durch die Angabe ergänzt werden, daß die Wahnideen subjektiv bedingte Urteilstäuschungen sind, und es müßten klinisch greifbare psychologische Merkmale aufgezeigt werden, aus denen diese subjektiven Bedingungen erkennbar sind. Erst diese klinischen Merkmale würden den Wert von eigentlichen Symptomen beanspruchen können.

Auch die Wahnidee ist ein Klassenbegriff, in dem wir an sich Ungleichartiges und verschiedenartig Bedingtes lediglich unter dem Gesichtspunkte der Nichtübereinstimmung mit der objektiven Wirklichkeit vereinen.

Es ist also hier wieder etwas Außerpsychisches, dem wir das Kriterium für einen pathologischen Vorgang entnehmen.

Bei dieser Sachlage kann es nicht Wunder nehmen, daß in ihren Urteilsgegenständen übereinstimmende Wahnideen bei den verschiedenartigsten Krankheiten aufzutreten pflegen.

Übereinstimmung in den Urteilsgegenständen herrscht auch hinsichtlich der Ideen des wahnhaft Eifersüchtigen und des aus zureichenden Gründen Eifersüchtigen. Nicht minder sind es „dieselben" Ideen, die den wahnhaft Verfolgten und den in Wirklichkeit Verfolgten beherrschen.

Sehen wir hier vom Verhältnis der Urteile zur objektiven Wirklichkeit im einen und anderen Falle ab, so wissen wir überhaupt nicht mehr, was wir mit dem Worte „wahnhaft" bezeichnen. Der Begriff des Wahnhaften wird auf diese Weise zu einem leeren Begriff, weil ihm nicht der geringste psychologische Inhalt entspricht, der die Unterscheidung irgend eines wahnhaften Wähnens von einem nicht wahnhaften Wähnen oder Glauben gestattet.

Man kann sich noch auf andere Weise bemühen, dieser vom Standpunkt des Systematikers psychopathologischen Hülse einen Inhalt zu geben. Ziehen[1]) findet für die gegenseitigen Beziehungen der Vorstellungen im Urteil ein Substrat im Gehirn, einen materiellen Zwischenprozeß, der einzelne, bestimmten Vorstellungen entsprechende Erregungsvorgänge miteinander verbindet. Dieser materielle Zwischenprozeß entspräche gewissermaßen dem, was wir sprachlich durch die Kopula, z. B. im Urteil: Die Rose „ist" rot, ausdrücken. Will man diese Hypothese akzeptieren, so könnte man bei den Wahnkranken an irgend welche pathologischen Hirnerregungen denken, die Beziehungen zwischen den materiellen Vorstellungssubstraten herstellen.

Damit wäre aber wieder etwas ganz anderes erreicht, als das, worauf unsere Frage hier gerichtet sein muß. Wir wollen wissen, was die Wahnidee im Zusammenhang der psychischen Erscheinungen bedeutet, den wir eine Psychose nennen. Man verweist uns aber zur Erklärung der Wahnidee auf einen materiellen Vorgang im Gehirn, dessen Charakter und Bedeutung nur aus dem Zusammenhang anderer materieller Vorgänge erklärt werden kann.

Wie nach den bisherigen Beispielen das Psychische, so gewinnt auch das Physische für den Psychiater einen der Betrachtungsweise des Nichtpsychiaters

[1]) Physiologische Psychologie, 8. Auflage, Seite 204.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

genau entgegengesetzten Sinn. Das Physische kann den psychiatrischen Systematiker nur interessieren, soweit es Zeichen für Psychisches ist. Auch die katatonischen Bewegungsstörungen kann er z. B. nicht als Symptome betrachten. Symptome wären sie für den, der diese Bewegungsstörungen mit mechanischen Gehirnvorgängen in Zusammenhang bringen will, etwa wie man klonische Muskelzuckungen aus Gehirnreizen erklärt. Was Physisches außer seiner Eigenschaft als sinnliches Zeichen für psychische Erlebnisse sonst noch sein könnte, kommt also hier in keiner Weise in Betracht.

Bekanntlich beruht die ganze Wernicke'sche Psychiatrie[1]) auf dem Versuch, uns den Weg zu einem mechanischen Verständnis für die psychotischen Symptome zu weisen. Wer aber seinen Ausführungen aufmerksam folgt, wird finden, daß Wernicke überall mit sich selbst in Widerspruch gerät.

Zunächst wird das, was an sich psychotisches Symptom sein mag, zu einem Zeichen für bestimmte zerebrale Erregungs- oder Ausfallsvorgänge. Wir wollen davon absehen, daß hier meist für ein zu erklärendes X ein ganz unbekanntes Y eingestellt wird, und wir wollen seine Hypothesen als Tatsachen nehmen. Damit wäre dann erwiesen, daß die Geisteskranken zugleich gehirnkrank sind. Von einer logisch befriedigenden Erklärung des Charakters und der Gruppierung der psychotischen Symptome kann daher natürlicherweise keine Rede sein.

Auch bei Wernicke selbst ist keine Rede davon. Nachdem er seine Aufgabe, die für die Psychosen charakteristischen Bewußtseinsinhalte auf Gehirnveränderungen zurückzuführen, gelöst hat, muß er wohl oder übel sich der psychologischen Interpretation bedienen. Freilich entgeht ihm dabei, daß der zu Beginn seiner Darstellungen versprochene Nebenerfolg, zugleich mit der Lösung dieser Aufgabe zum Verständnis der psychotischen Symptome zu gelangen, eigentlich ausgeblieben ist.

So geschieht es denn, daß wir weit davon entfernt bleiben, bei Wernicke eine Grundlage für eine einheitliche Auffassung psychopathologischen Geschehens zu finden. Im Gegenteil, was seine Lehre enthält, ist äußerste Uneinheitlichkeit. Es hilft wenig, daß auch die psychologischen Erörterungen Wernicke's überall ideenreich und belehrend sind. Das Bild, das von ihm entworfen wird, ist im Grunde dennoch folgendes: krankhafte materielle Vorgänge von hypothetischer Form und Anordnung rufen eine Reihe wechselnder Bewußtseinsreflexe hervor. Diesen verfälschenden Inhalten gegenüber gebärdet sich das Bewußtsein wie ein durch ungewohnte Eindrücke affizierter Zuschauer. Es ist bald fassungslos, bald ratlos, oder es erklärt die krankhaften Erscheinungen durch Wahnideen. Unterdessen setzt aber die Sejunktion im Gehirn ihr zerstörendes Werk fort, um unter Umständen die Seele unheilbarem Schwachsinn oder paranoischen Zuständen entgegenzuführen.

Weder in logischer Hinsicht noch erfahrungsgemäß wird das Urteil gefordert, daß mit dem Vorhandensein einer Gehirnkrankheit ohne weiteres eine Geisteskrankheit verbunden sein muß. Ebensowenig aber zwingt die Tatsache, daß ein Mensch ratlos oder fassungslos ist, oder daß seine Erklärungen Irrtümern unterworfen sind, zur Annahme, er sei geisteskrank. Daher ist denn auch die Lehre Wernicke's dort, wo er mechanisch deutet, über den Rahmen eines Systems hypothetischer Gehirnkrankheiten kaum hinausgelangt.

[1]) Wernicke, Grundriß der Psychiatrie, Leipzig, 1900.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vielleicht wird man nun einen Widerspruch darin finden, daß demselben Psychischen sowohl systematische als auch nichtsystematische Merkmale entnommen werden können. Aber diese Verschiedenheit erklärt sich aus der Verschiedenheit der Standpunkte, die man dem Psychischen gegenüber einnehmen kann. Es ist doch selbstverständlich, daß es zu verschiedenen Ergebnissen führen muß, ob ich meine Betrachtungen unter Berücksichtigung der beständigen Wechselwirkungen oder Beziehungen zwischen räumlich lokalisierten, materiellen Erregungen und der Seele anstelle, oder ob ich Psychisches im Zusammenhang der Bewußtseinserlebnisse, d. h. vom rein psychologischen Standpunkt, untersuche. Der Unterschied zwischen systematischen und nichtsystematischen Merkmalen läßt sich am besten durch einen Vergleich mit ähnlichen Verhältnissen in der botanischen oder zoologischen Systematik veranschaulichen.

Der Botaniker und der Zoologe klassifizieren Organismen nach den Übereinstimmungen und Unterschieden ihrer äußeren und inneren Formen. Diese Formunterschiede kommen aber für beide insoweit in Betracht, als in ihnen morphologische oder Vererbungsmerkmale enthalten sind. Der Bau der Organismen läßt sich aber auch von einem anderen Standpunkte betrachten, von dem aus ihre Gliederungen mit den äußeren Lebensbedingungen und mit der Verschiedenartigkeit der von diesen aufgenötigten Funktionen in Zusammenhang gebracht werden. Die sich daraus ergebenden physiologischen oder Anpassungsmerkmale sind jedoch für den Systematiker wertlos. Sie sind es deshalb, weil sie auf die wechselseitigen Beziehungen der Organismen zur übrigen physischen Welt hinweisen.

Die Systematik will aber dem Organismus seine Stelle in dem Zusammenhang einer der einander koordinierten, als Einheiten aufzufassenden Entwicklungsreihen des organischen Lebens anweisen. Dazu bedarf es natürlich besonderer Merkmale.

Wenn nun die Psychologie die eigentliche Grundlage der psychiatrischen Systematik sein soll, was für die Systematik der funktionellen Psychosen unumwunden zugegeben werden muß, so kann nur diejenige Systematik ihre Aufgabe erfüllen, deren System auf wirklich systematischen, d. h. psychologischen Merkmalen beruht. Ein Systematiker, der fortwährend zwischen psychologischer und physiologischer Betrachtungsweise wechselt, kann ebensowenig zu natürlichen Klassenbegriffen gelangen, wie ein Botaniker, dem der Unterschied zwischen morphologischen und physiologischen Merkmalen nicht klar geworden ist.

Ich bitte Sie nun jetzt, meine Herren, die beiden Tafeln zu beachten. Auf der einen befindet sich, wie Sie sehen, die graphische Wiedergabe des Ziehen'schen Systems, auf der anderen die des Kraepelin'schen.

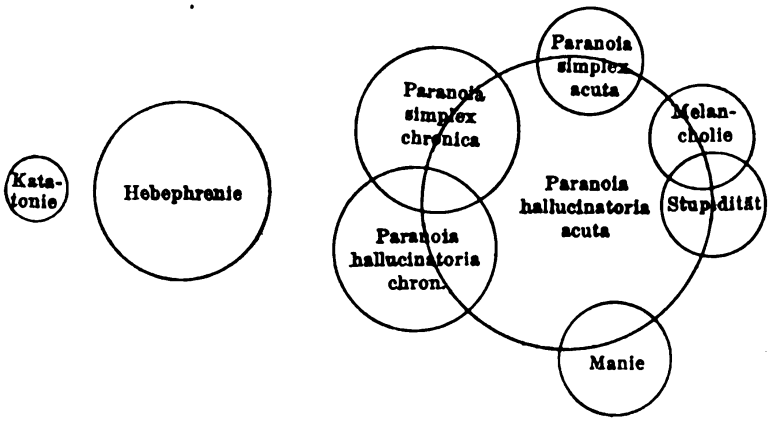
Dazu ist zu bemerken, daß diejenigen Formenkreise aus dem Gebiet der funktionellen Psychosen, in denen die beiden Autoren im wesentlichsten übereinstimmen, nicht angeführt sind. Nur auf dem Schema des Kraepelin'schen Systems habe ich durch den gestrichelten Kreis angedeutet, daß die Sphäre des manisch-depressiven Irreseins sich von den sogenannten Entartungsformen nicht scharf abgrenzen läßt. Es treten hier somit Übergangsfälle auf, deren Fassung unter den einen oder den anderen der Allgemeinbegriffe der Willkür einen gewissen Spielraum übrig läßt. Ausgelassen sind ferner auf der 1. Tafel die zusammengesetzten Psychosen Ziehen's, deren Anführung die Übersichtlichkeit gestört hätte.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

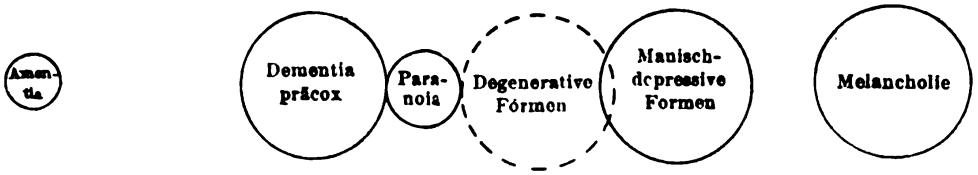
Ich betone ausdrücklich, daß ich mich in der Darstellung der Systeme streng an den Wortlaut in den betreffenden Lehrbüchern gehalten habe. Worauf es mir vor allem ankommt, finden Sie hier anschaulich nachgebildet.

Die oberste Anforderung, die wir an ein System stellen, besteht in der deutlichen Abgrenzung der Klassen und Formen. Zwar werden die Grenzen, mit denen wir die Erscheinungen umspannen, in der Wirklichkeit überall in stetigen Übergängen erreicht, wenn sich aber diese Übergänge, wie bei Ziehen, aus jeder Richtung fast in jede beliebige andere Richtung vollziehen, erhebt das System die praktische Unmöglichkeit, sich in der Flucht der Erscheinungen zurechtzufinden, zur Theorie.

Nach Ziehen[1]):



Nach Kraepelin[2]):



Sehen wir aber von den Schwierigkeiten ab, an der Hand des Ziehen'schen Systems zu einer sicheren Unterordnung des Einzelnen unter das Allgemeine zu gelangen, und untersuchen wir die einzelnen Klassenbegriffe auf ihren Inhalt. Wir finden dann, daß die konstituierenden Merkmale der überwiegenden Anzahl der Glieder des Systems systematisch wertlos sind. Die einzigen Formenkreise von schärferer Abgegrenztheit sind, wenn wir uns an den Wortlaut des Systems halten, die Katatonie und die Hebephrenie. Von der Katatonie heißt es, daß sie eine sehr seltene Krankheit ist. Die überwiegende Masse des funktionellen Materials verteilt sich daher auf den Begriff der Hebephrenie und auf die Sphären der übrigen Klassen.

Hier nimmt der Begriff der akuten halluzinatorischen Paranoia gewissermaßen die Mitte des Systems ein. Die Kreuzung seines Umfangs mit allen

[1]) Ziehen, Psychiatrie, 2. Aufl., Leipzig 1902.

[2]) Kraepelin, Psychiatrie, 7. Aufl., Leipzig 1904.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

übrigen Sphären legt aber folgende Frage nahe: Wenn einige Formen der akuten halluzinatorischen Paranoia gleichzeitig der Manie angehören, einige der Stupidität und Melancholie, einige der Paranoia spl. acuta usw., welche gehören wirklich der Paranoia hallucinatoria acuta an? Zunächst bleibt es doch gleichberechtigt, ob ich einen konkreten Übergangsfall als manische Paranoia oder als paranoische Manie, als melancholische Paranoia oder als paranoische Melancholie auffasse.

Nach Ziehen besteht nun das konstituierende Merkmal der halluzinatorischen Paranoia im primären Auftreten von Halluzinationen. Damit soll denn auch dem Inhalt dieses Begriffs ein fester Kern gegeben sein. Die Zone der Übergangsfälle wird demnach also von den Krankheitsprozessen eingenommen, bei denen der Unterschied zwischen dem primären und sekundären Charakter der Halluzinationen mehr oder weniger verwischt ist.

Was soll aber die Unterscheidung von Primärem und Sekundärem an einem unsystematischen Merkmal nützen? Was kann daran hindern, einen konkreten Krankheitsprozeß trotz primärer Halluzinationen dennoch als Manie oder Melancholie aufzufassen? Wie die Halluzinationen überhaupt, so entbehren auch die primären Halluzinationen jeder Bedeutung für die Systematik, so schließlich auch die mit Rücksicht auf die Halluzinationen gewonnene Unterscheidung von primärer und sekundärer Hemmung oder Ideenflucht. Die sich an dem Auftreten der Halluzinationen und nicht minder der Wahnideen orientierende Differenzierung bildet aber gewissermaßen das Gerüst des Ziehen'schen Systems und bedingt den Umfang jedes der funktionellen Krankheitsbegriffe.

Von den Übergangs- oder Zwischenformen im logischen Sinne sind zu unterscheiden die „zusammengesetzten" Krankheitsformen, die „hintereinander in gesetzmäßiger Reihenfolge verschiedene psychopathische Zustände durchlaufen"[1]).

Worin diese Gesetzmäßigkeit besteht, erfahren wir jedoch gar nicht. Von der zusammengesetzten Psychose, die Ziehen postmelancholische Paranoia nennt, heißt es wörtlich, daß das melancholische Stadium in allen wesentlichen Punkten der typischen Melancholie, das paranoische der typischen Paranoia gleicht. Hier werden also zwei verschiedene Zustände auf einen und denselben Krankheitsbegriff bezogen, während sie doch andererseits als Inhalte verschiedener Klassenbegriffe des Systems sich gegenseitig ausschließen müßten. Die logische Konsequenz wird aber nicht gezogen, daß es sich hier nur um Kombinationen oder Komplikationen selbständiger Prozesse handeln kann, sofern die Melancholie und Paranoia als Klassenbegriffe aufrecht zu erhalten sind.

Wer übrigens den Ziehen'schen Standpunkt nicht teilt, daß das Bewußtsein etwas aus Empfindungen und Vorstellungen Zusammengesetztes ist[2]), etwa wie Worte oder Sätze aus Buchstaben zusammengesetzt oder zusammengestellt sind, wird mit den „zusammengesetzten" Psychosen überhaupt nichts anzufangen wissen, ebensowenig wie man sich unter einem „zusammengesetzten" Lebewesen etwas vorstellen kann. Alles in allem haben wir in den „zusammengesetzten" Psychosen eine mißglückte Klassenbezeichnung für angeblich Zusammengehöriges.

[1]) Ziehen's Psychiatrie, 2. Aufl., Seite 316.

[2]) Siehe die 8. Auflage der Physiologischen Psychologie Ziehen's, Seite 20, Anmerkung: „Unser Bewußtsein ist nur eine Abstraktion, unsere Ideenassoziation mit ihren Empfindungen und Vorstellungen ist das Bewußtsein selbst."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das sich nur durch die Berufung auf eine ganz unerwiesene Gesetzmäßigkeit als zusammengehörig ausgeben läßt.

Klassenbegriffe sind dazu da, um in der Wirklichkeit verlaufende Einzelfälle unter sie einzureihen. Wir wollen aus dem im Begriff niedergelegten Inhalt eine Summe von Urteilen gewinnen, die das Wesen des Einzelfalles vollkommen, d. h. dem jeweiligen Stande der Wissenschaft entsprechend, erschöpfen. Nach dem Ziehen'schen System muß es aber fast zur Regel werden, daß wir denselben individuellen Krankheitsfall während seines konkreten Verlaufs — wenigstens meiner Erfahrung nach — sukzessive unter zwei, oft sogar unter drei Klassenbegriffe bringen müssen. Welche Konsequenz man aber daraus ziehen will, ob die an und für sich sehr unwahrscheinliche, daß die Geisteskranken in so auffälliger Häufigkeit dazu neigen, während des Ablaufs oder nach dem Ablaufen einer Krankheit von einer neuen, von der früheren verschiedenen befallen zu werden, oder ob man glauben will, daß das ganze System widerspruchsvoll ist, mag dahingestellt bleiben.

Als dritter Ausweg bliebe hier die Annahme, daß es unter der Masse von Prozessen, die wir unter dem Namen funktionelle Psychosen zusammenfassen, selbständigere, voneinander abgrenzbare Krankheitsformen gar nicht gibt.

Betrachten wir aber weiter, wie das Kraepelin'sche System seine Aufgabe zu lösen sucht.

Daß dieses System vor dem vorigen den Vorzug der theoretischen Abgegrenztheit der Klassen und der Übersichtlichkeit hat, ist aus der Sphärendarstellung zu ersehen. Was es in dieser Beziehung für die praktische Wirklichkeit leistet, kann jedermann selbstverständlich nur durch seine eigene Erfahrung feststellen, und jeder Streit darüber wäre ein Streit ohne Gegenstand. Hier soll darauf hingewiesen werden, daß die Kraepelin'schen Klassenbegriffe überall aus dem Bestreben hervorgegangen sind, ihren Inhalt durch wirklich systematische Merkmale zu bestimmen.

Als Beispiele unsystematischer Begriffe wurden oben alle solche angeführt, die das Psychopathologische zu fassen suchen: in den Beziehungen des Glaubens und Wähnens der Geisteskranken zu dem in Wirklichkeit Glaubbaren, den Beziehungen ihres Wahrnehmens zu dem in Wirklichkeit Wahrnehmbaren und schließlich in den Beziehungen der psychischen Erscheinungen zu ihren an bestimmten Stellen der Hirnrinde lokalisierten, tatsächlichen oder hypothetischen physiologischen Ursachen.

Mag es diesen Beziehungen zuzuschreiben sein, daß es für uns auf der Welt überhaupt etwas Derartiges wie Geisteskrankheiten gibt, so haben wir doch die Einteilungen nicht danach vorzunehmen, wie die Erscheinungen entstanden sind, aus denen sich die Geisteskrankheiten nach der Meinung des einen oder anderen vorzugsweise „zusammensetzen", sondern die Geisteskrankheiten müssen danach eingeteilt werden, wie sie wirklich beschaffen sind.

Als wirklich systematische Begriffe dürfen daher nur solche gelten, die wir durch die aufmerksame Beobachtung, Vergleichung und Analyse konkreter psychopathologischer Tatbestände gewinnen. Die Inhalte dieser Begriffe dürfen nur in Merkmalen und Beschaffenheiten des Psychischen selbst gegeben sein und in den gegenseitigen Beziehungen und Kombinationen des Psychischen ausschließlich mit dem, was auch psychisch ist. In einem solchen System kann

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Psychisches nur an Psychischem gemessen und Psychisches nur auf Psychisches zurückgeführt werden, und es kann nur Bestimmungen enthalten, wie sie durch die krankhaften seelischen Erscheinungen selbst und nicht durch anderweitige Tatsachen gefordert werden.

Da die Psychiatrie die Modifikationen und Zerstörungen des normalen psychischen Lebens darzustellen hat, müssen die Beschaffenheit und die Gliederungsweise dieses normalen Lebens den Ausgangspunkt bilden, an den ihre Darstellung anknüpft.

Daraus folgt nun, daß die Klarheit und Schärfe der psychopathologischen Begriffe von dem Vollkommenheitsgrade abhängt, den die Psychologie in der Lösung ihrer Aufgabe erreicht hat. Hier kann jedoch nicht untersucht werden, wie weit die Psychologie darin vorgedrungen ist, ebensowenig wie die Frage, ob die Psychiatrie in genügendem Maße die Fortschritte der Psychologie verwertet hat.

Der systematische Wert der Begriffe hat natürlich Grade, die der Eindeutigkeit und Bestimmtheit des von ihnen zusammengefaßten Erfahrungsinhalts entsprechen. Begriffe wie der des Negativismus[1]) und der Willenshemmung, der der gesteigerten Suggestibilität, der Ideenflucht, der erhöhten Ablenkbarkeit, der Verlangsamung der psychischen Reaktionszeiten und andere ähnliche werden schon mehr oder weniger strengen Anforderungen gerecht.

Andere Begriffe sind von geringerer Eindeutigkeit und Bestimmtheit des Inhalts. Ihrem Umfang entsprechen aber mehr oder weniger leicht auffindbare charakteristische Beschaffenheiten der konkreten psychischen Tatbestände selbst. Solche sind vielleicht beispielsweise die Abstumpfung der Aufmerksamkeit, die Benommenheit, der Verlust der inneren Einheitlichkeit der Verstandes-, Gemüts- und Willensvorgänge, die umfassenderen Formen der verschiedenartigen psychischen Schwächezustände usw.

Verweilen wir aber nicht bei weiteren Aufzählungen, und begnügen wir uns mit der Feststellung der allgemeinen Natur eines systematischen Merkmals.

Das systematische Merkmal ist ein solches, daß ausschließlich in der Beschaffenheit und dem **Aufeinanderbezogensein** psychischer Erlebnisse, Zustände und Tätigkeiten gegeben ist.

Wollten wir schon jetzt unsere Aufgabe abschließen, so könnten wir uns mit dem Hinweis begnügen, daß die Klassenbegriffe des Kraepelin'schen Systems aus systematischen Merkmalen aufgebaut sind. Ich weiß sehr wohl, daß damit nicht alles gesagt wäre, was dieses System charakterisiert und von den anderen unterscheidet. Andererseits kann darüber kein Zweifel bestehen, daß mit der Behauptung: die Kraepelin'schen Klassen enthalten Gesamtbilder mit gleichem Beginn, Verlauf und Ausgang, gar nichts gesagt ist, d. h. es ist gar nichts gesagt, wenn man nicht bemerkt, daß man in diesem Satz das Wort Bilder gebraucht hat, und wenn man es unterläßt, sich darüber Rechenschaft zu geben, was diese Bilder eigentlich sind und was an ihnen von systematischer Tragweite ist.

---

[1]) Natürlich sind hier unter „Negativismus" nicht muskuläre Vorgänge zu verstehen, die zum Teil die Brücke zu Exkursionen auf das Gebiet der Tetanie gebildet haben, wo es sich um katatonische Seelenzustände handelte. Siehe vielmehr über „Negativismus" bei Theodor Lipps: Leitfaden der Psychologie, Leipzig, 1906.

Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Wir wollen daher den Anschein zu vermeiden suchen, als ob für uns aller logischer Gehalt der Formel „Gesamtbilder von gleichem Beginn, Verlauf und Ausgang" lediglich in den Worten „gleicher Beginn, Verlauf und Ausgang" gegeben ist. An sich sind das leere Worte, wenn man nicht der Bilder gedenkt, die ihnen erst einen Inhalt geben.

Was sind nun Gesamtbilder? Ich sehe einen Menschen, der acht Monate hindurch traurig ist und behauptet, von Gott und den Menschen verlassen zu sein. Weitere acht Monate erfahre ich von ihm, seine Gedanken werden ihm weggenommen und er werde mit „Elektrizität bearbeitet". Was ich erlebe, ist eine lange Reihe von Momentbildern, die ich zu einem Gesamtbilde zusammenfasse und Dementia praecox bezeichne. Ein anderer, nennen wir ihn den schlechter Beratenen, faßt dieselbe Reihe von Bildern zu zwei Gesamtbildern zusammen und nennt das frühere Melancholie und das spätere Paranoia secundaria. Durch welche Mittel kann man nun den schlecht beratenen Psychiater eines Besseren belehren? Doch nicht durch die Berufung auf den Zusammenhang in der zeitlichen Aufeinanderfolge der Bilder. Dieser Unmittelbarkeit der zeitlichen Aufeinanderfolge widerspräche ja auch nicht die Annahme, daß im vorliegenden Falle eine Melancholie durch eine Paranoia kompliziert wird. Zwar könnte man eine Widerlegung dieser Annahme durch den weiteren Hinweis unternehmen, daß eine Kombination ähnlicher Zustandsbilder erfahrungsgemäß etwas sehr Häufiges sei, und daß eine solche Häufigkeit von Komplikationen mit den Erfahrungstatsachen auf anderen Gebieten der Pathologie jedenfalls nicht in Einklang zu bringen sei. Damit bliebe aber immer noch Behauptung gegen Behauptung bestehen, denn der vorliegende Fall könnte, was immerhin denkbar ist, gegenüber der Mehrzahl der Fälle, für den die angeführte allgemeine Erwägung gilt, eine Ausnahme bilden.

In Wirklichkeit gibt es nur zwei Wege, auf denen die Berechtigung, die Reihe der oben angedeuteten Bilder nur zu einem und nicht zu zwei oder noch mehr Gesamtbildern zusammenfassen zu dürfen, dargetan werden kann.

Auf dem ersten dieser Wege würde gezeigt werden, daß die Aufeinanderfolge der Bilder nicht nur eine Aufeinanderfolge, sondern eine Auseinanderfolge ist, und zwar eine Auseinanderfolge nach einer bestimmten Gesetzmäßigkeit. An dem Punkt, da dieser Weg beginnt, ist, wie es scheint, die Psychiatrie noch nicht angelangt.

Der zweite Weg könnte der Weg einer gewissermaßen anschaulichen Erkenntnis genannt werden. Auch hier würde der Nachweis gebracht werden, daß die Aufeinanderfolge der Bilder eine Auseinanderfolge ist. Aber dies wäre keine Auseinanderfolge nach empirischen Regeln, sondern eine Auseinanderfolge deshalb, weil sich durch die wechselnden Bilder und Gestaltungsformen trotz aller Verschiedenheit und Variationen dieselbe gleichbleibende Grundgestalt hindurchzieht.

Das Wort „anschaulich" kann hier nicht in wörtlichem Sinne genommen werden. Was wir an den Geisteskranken schauen, sind sinnliche Erscheinungen. Jedoch mit unserer Wahrnehmung der sinnlichen Erscheinungen verbindet sich das innere Nacherleben des psychischen Innenlebens derjenigen, an denen diese Erscheinungen auftreten.

Die Bilder sind daher im eigentlichen Sinne Erlebnisse, und das Schauen der Bilder ist tatsächlich Nach- oder Miterleben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der zweite Weg der sogenannten anschaulichen Erkenntniss ist nun der Weg, den uns Kraepelin gewiesen hat.

Leider gestattet es die Zeit nicht, die Einzelheiten dieser Behauptung nur andeutungsweise auszuführen.

Dem Umfang der einzelnen Klassenbegriffe des Kraepelin'schen Systems entsprechen Gruppen individueller psychischer Verlaufsformen. Die Inhaltsbestandteile dieser Klassenbegriffe sind nach Möglichkeit der Summe von Merkmalen angenähert, die durch planmäßige Beobachtung an den individuellen Erscheinungskomplexen festgestellt worden sind. Über das Warum und die Gesetzmäßigkeit in der Gleichzeitigkeit und Aufeinanderfolge der Erscheinungen enthalten die Klassen keine Bestimmungen. Das System läßt sich also seinem Charakter nach zunächst als ein rein deskriptives kennzeichnen.

Stellen wir jetzt fest, worauf die Konstanz und die Abgrenzbarkeit des Gesamtinhalts und die Zusammengehörigkeit der Bestandteile im Klassenbegriff beruht.

Den vorläufigen Ausdruck einer inneren Zusammengehörigkeit findet Kraepelin in den verschiedenen Gestaltungsformen psychischer Erlebnisse desselben Individuums und in den gleichen Gestaltungsformen psychischer Erlebnisse verschiedener Individuen. Trotz aller scheinbaren Übereinstimmung wird aber das Erlebnis einer individuellen Reihe mit dem einer anderen Reihe nicht gleichgesetzt, wenn nicht die Reihen auch in ihren übrigen Erlebnisphasen möglichst ähnlich sind. Das B^1 ähnliche Zustandsbild B^2 gilt also nur unter der Voraussetzung B^1 verwandt, wenn die mit B^2 verbundenen Bilder $A^2\ C^2\ D^2$ ihrerseits $A^1\ C^1\ D^1$ ähnlich sind.

Neben diesen beiden auf rein äußerlichen Prinzipien beruhenden Zusammenordnungen hat aber die tiefer greifende Analyse der in einer Reihe verbundenen Bilder Eigentümlichkeiten der Struktur festgestellt, die sich neben den wechselnden Modifikationen durch den ganzen individuellen Krankheitsverlauf erstrecken. Diese dauernden Eigentümlichkeiten sind nun nichts anderes als systematische Merkmale von konstanterem Charakter, durch die das Wesen der bei aller Verschiedenheit gleichbleibenden Grundstörung erfaßt werden kann.

Damit wird aber aus der Zusammengehörigkeit der Bilder in der Aufeinanderfolge eine Zusammengehörigkeit in der Auseinanderfolge. Es ist verständlich, daß man sich beim weiteren Fortschreiten der Beobachtung von Individuum zu Individuum auch vom äußerlichen Prinzip der maximalen Ähnlichkeit in dem Maße entfernen kann, als sich die individuell verschiedenen Verlaufsformen als Äußerungen derselben Grundform erkennen lassen.

Wir sehen also: die Prinzipien, von denen Kraepelin in der Anordnung des Beobachtungsmaterials ausging, sinken zu einem bloßen Hilfs- oder Nebenprinzip herab, und zum allgemeinen Merkmal der in eine Klasse zusammengehörigen Erscheinungen wird die allen gemeinsame Grundform.

Man muß sich nun nicht daran stoßen, daß in der hier gebotenen Kürze das Kraepelin'sche System gewissermaßen idealisiert erscheint. In der Tat ist der hier skizzierte Grundplan noch nicht einmal an einem der selbständigen Klassenbegriffe des Systems, geschweige denn in seinem ganzen Umfang verwirklicht.

In der Formengruppe der manisch-depressiven Psychosen, in der die Theorie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

am weitesten durchgeführt erscheint, hat die Grundform in der allzu abstrakten Formulierung der Denk-, Gefühls- und Willensstörung einen begrifflichen Ausdruck gefunden, dessen Inhalt nichts von einer Anpassung an die Struktur des konkreten psychischen Verlaufs verrät. Die beiden Zustandsbilder der Melancholie und Manie müssen sogar noch als direkte Gegensätze aufgefaßt werden, deren Zusammengehörigkeit lediglich auf der erfahrungsmäßigen Tatsache der Aufeinanderfolge beruht.

Aber auch hier wird es sich unausbleiblich erweisen müssen, daß die scheinbaren Gegensätze nichts als entgegengesetzte Ausgestaltungen einer und derselben Grundform sind.

In der Schilderung weiterer Verlaufsabschnitte der konkreten Tatbestände wird der Uneingeweihte überhaupt nicht einmal den Ansatz zu der oben erwähnten Darstellungsform des Betrachtungsmaterials wahrnehmen. Das liegt zum großen Teil an der vorsichtigen Art Kraepelin's. Seine Darstellungsweise paßt sich nach Möglichkeit den Tatsachen an und entschließt sich nur dort zu einer prägnanteren Formulierung, wo die Analyse des Komplexen und Verschmolzenen in Wirklichkeit vollziehbar ist.

Auch dort, wo Kraepelin auf althergebrachten Bahnen zu wandeln scheint, hält er sich im Grunde an das Psychische selbst, und wo er es etwa mit Halluzinationen und Wahnideen zu tun hat, sind es nicht diese Erscheinungen selbst, sondern ihre Verbindungs- und Anordnungsweise, ihre Stellung innerhalb des Ganzen und die Stellung des Ganzen zu ihnen, was die Auffassung des Gesamtprozesses begründet.

Bleuler[1]) hat höchst bezeichnend für die Kraepelin'sche Darstellungsweise das Wort Seelengemälde gefunden. In der Tat gibt uns Kraepelin häufig Seelengemälde. Er gibt sie dort, wo es bisher nicht gelungen ist, aus dem Gewebe der Erscheinungen an sich Einfacheres und begrifflich Formulierbares herauszulösen. In diesen Seelengemälden sind die Farben in möglichster Treue nach der Wirklichkeit aufgetragen, aber sie sind wiederum so aufgetragen, daß bei aller Verschiedenheit des Sujets und bei aller Verschiedenheit des Kolorits die übereinstimmenden Grundcharaktere zur Geltung kommen, ebenso wie der Schleier der scheinbaren Gleichheit der Erscheinungen und Farben dort gelüftet wird, wo er verschiedene Grundformen birgt.

Lassen wir es aber dahingestellt sein, ob jene Grundformen einen rationalen Ausdruck erhalten haben, oder ob Kraepelin statt einer begrifflichen Formulierung für die gleiche Grundform in der Schilderung des Wechselnden nur die gleiche „Grundstimmung" gibt. Jedenfalls können wir erkennen, daß überall die Absicht durchgeführt worden ist, das Zusammengehörige in eine Entwicklungsreihe, in eine Reihe des Auseinanderfolgens zu bringen.

Die Grundform oder die Grundstörung in der Bedeutung, die sie bei Kraepelin hat, als zusammenfassender Ausdruck für die Gesamtheit der systematischen Merkmale bestimmter individueller Verlaufsformen, entspricht durchaus dem Grundtypus in der Geschichte der organischen Wissenschaften. Man kann daher die Umwälzung, die sich unter dem Einfluß Kraepelin's in der Psychiatrie vollzogen hat, in mancher Hinsicht mit der veränderten wissenschaftlichen Auffassung vergleichen, die durch die Einführung der berühmten Typentheorie Cuvier's in der Zoologie begründet wurde.

---

[1]) Auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, 1908.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In seiner Logik der exakten Wissenschaften nennt Wundt[1]) „die auf der Grundlage des Typus entstandenen Einteilungen offenbare Übergangsformen: sie sind deskriptive Klassifikationen in einer genetischen Form". Er sagt weiter[2]): es „enthält in allen diesen Fällen die äußerlich und zum Teil künstlich angewandte genetische Form einen Hinweis auf die wirkliche Entwicklung der Objekte, und eben darum bahnen die auf solche Weise entstandenen Einteilungen den wahren genetischen Systemen den Weg!" Überblicken wir jetzt die Reihe der hier besprochenen Systeme. Wenn wir das Ziehen'sche System als ein rein deskriptives betrachten wollen, so repräsentiert die Lehre Wernicke's eine spekulativ-konstruktive Darstellung in genetischer Form. Als deskriptives System in genetischer Form ist aber das System Kraepelin's das fortgeschrittenste.

Eine Diskussion darüber, wie nah oder wie entfernt das Kraepelin'sche System von einem System wirklicher Krankheitseinheiten ist, wäre hier müßig. Das wird erst eine vorgeschrittenere Generation von Psychiatern zu entscheiden haben, die ein sicheres Wissen über Krankheitseinheiten besitzt. Mit der Erkenntnis jedoch, daß die Kraepelin'sche Lehre ein deskriptives System in genetischer Form ist, haben wir zugleich einen Standpunkt gewonnen, von dem wir die Stellung dieses Systems innerhalb der Gesamtentwicklung der Psychiatrie, im System der psychopathologischen Systeme beurteilen können. Es deutet zurück auf die übrigen Systeme als auf etwas Überwundenes, es deutet wiederum über sich hinaus auf eine Psychiatrie, von der es selbst überwunden wird. Das System der Zukunft wird auf einer noch konsequenteren und bewußteren Anwendung der Prinzipien einer empirischen Psychologie beruhen. Denn auch die Fortgeschritteneren unter den gegenwärtigen Psychiatern sind nicht ganz vom Tadel freizusprechen, im Unwesentlichen das Wesentliche gesucht zu haben und den sinnlichen Äußerungsformen des Psychischen einen übertriebenen diagnostischen Wert beigemessen zu haben. Ohne den sicheren Hinweis auf ein bestimmtes psychisches Erlebnis, das den eigentlichen Gegenstand des Psychiaters bildet, sind jedoch diese Äußerungsformen nichts als bloße Äußerlichkeiten. Andrerseits hat man, ohne sich darüber eine genauere Rechenschaft zu geben, was eigentlich ein Symptom ist, gegen die sogenannte symptomatische Auffassungsweise geeifert. Welcher besonderen Erkenntnismöglichkeit diejenigen, die von den Symptomen so wenig halten, ihre bessere Wissenschaft über die Geisteskrankheiten verdanken, darüber wird man wohl niemals Sicheres erfahren.

Gestatten Sie mir jetzt, wo wir am Ende sind, einige Worte des Psychologen Pfänder[3]) wiederzugeben. Die Worte betreffen eigentlich die Psychologie. Sie enthalten jedoch zugleich die Nutzanwendung zu einer Auffassung der Psychiatrie, wie sie sich im Kraepelin'schen System verkörpert, und wie sie sich im organischen Zusammenhang mit diesem weiter entfalten wird.

Die Worte lauten: „Überblickt die Psychologie den Verlauf des psychischen Lebens in einem längeren Zeitraum und vergleicht die Tatbestände in den verschiedenen Zeiten, so zeigt sich, daß eine abstrakte Grundgestalt durch den ganzen zeitlichen Verlauf hindurchgeht, und daß gewisse konkrete Tatbestände

[1]) Wundt, Logik, 3. Aufl., II. Bd., Seite 58.

[2]) Ebenda, Seite 59.

[3]) Einführung in die Psychologie, Leipzig, 1904, S. 33.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

immer wieder in größerer oder geringerer Gleichartigkeit auftreten. Sowohl die Beschaffenheit jener Grundgestalt, wie die gesetzmäßige Gestalt dieser gleichartigen Tatbestände hat die Psychologie dann genau zu bestimmen. Das psychische Leben ändert sich aber, trotz der gleichbleibenden Grundgestalt und trotz der Gleichartigkeit immer wiederkehrender Tatbestände, fortwährend von Moment zu Moment und im Laufe der Zeit. Wie sind diese Änderungen beschaffen, von welchen Bedingungen hängen sie ab, nach welchen allgemeinen Gesetzen erfolgen sie?"

M. H.! Das sind Fragen, die auch die Psychopathologie zu beantworten hat.

Zum Schluß eine kurze Bemerkung. Unter dem Eindruck der großartigen Erfolge der anatomischen und physiologischen Hirnforschungen dürfte von manchen die Frage aufgeworfen werden, warum diese von mir gar nicht erwähnt worden sei, und ob ich vielleicht der Ansicht bin, daß derartiges gar nicht im Betrachtungskreise des Psychiaters liegt. Darauf wäre zu erwidern: Soweit der Psychiater Systematiker ist, liegt das nicht oder nur mittelbar in seinem Betrachtungskreise, insofern die Physiologie als Hilfswissenschaft der Psychologie in Frage kommen kann. Dagegen zu erklären, der Psychiater hätte von der Gehirnphysiologie überhaupt keine Notiz zu nehmen, wäre fast ebenso kurzsichtig wie die Behauptung, daß die Botanik und Pflanzenphysiologie oder Zoologie und Tierphysiologie getrennte Gebiete sind.

Von psychiatrischen Autoren, deren Arbeiten die hier behandelten Fragen berühren und zum Teil weitere Literaturangaben enthalten, führe ich folgende an:

Arndt, Rudolf, Was sind Geisteskrankheiten? Halle, Marhold, 1897.
Arndt, Erich, Geschichte der Katatonie. Zentralblatt für Nervenhlk., 1902.
Gaupp, Robert, Über die Grenzen psychiatrischer Erkenntnis. Zentralblatt für Nervenhlk., 1903.
Gaupp, Robert, Zur Frage der kombinierten Psychosen. Zentralblatt für Nervenhlk., 1903.
Gaupp, Robert, Wege und Ziele psychiatrischer Forschung. Tübingen, H. Laupp, 1907.
Kraepelin, Fragestellung der klinischen Psychiatrie. Zentralblatt für Nervenhlk., 1905.
Nißl, F., Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Zentralblatt für Nervenhlk., 1902.
Sommer, R., Individualpsychologie und Psychiatrie. II. Kongreß für experimentelle Psychologie, Würzburg.
Specht, Wilhelm, Psychologie und Psychiatrie. Zentralblatt für Nervenhlk., 1907.
Stransky, Erwin, Zur Lehre von den kombinierten Psychosen. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. XIII.
Tiling, Th., Zur Ätiologie der Geistesstörungen. Zentralblatt für Nervenhlk., 1903.
Tiling, Th., Clemens Neißer: Individualität und Psychose. Zentralblatt f. Nervenhlk., 1906.
Tiling, Th., Individuelle Geistesartung und Geistesstörung. Wiesbaden, Bergmann, 1904.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zur Psychologie und Klinik der „Somato- und Autopsychosen".

Von Dr. **Eduard Hirt,** München.

C. Wernicke hat unter dem Namen „Somatopsychosen" Krankheitsbilder beschrieben, deren sehr verschiedenartige psychischen Symptome das Gemeinsame hatten, daß sie sämtlich auf Parästhesien, Anästhesien oder Hyperästhesien der Organempfindungen zurückgeführt werden konnten. Die Grundstörung in den hierhergehörigen Fällen schien also eine psychosensorische, es handelt sich um krankhafte Empfindungen, genauer gesagt, um krankhafte Empfindungen des eigenen Körpers, entweder in seiner Gesamtheit oder um solche einzelner oder eines seiner Organe. Die inhaltlichen Veränderungen des Vorstellungslebens, die den Charakter von Wahnvorstellungen annehmen können, sind unmittelbare Folgen der krankhaften Körperwahrnehmung und die Ursachen dieser inhaltlichen Veränderungen werden in Fällen reiner Somatopsychosen auch vom Kranken selbst nicht in der Außenwelt gesucht. Er vermeidet es also z. B., seine veränderte Körperwahrnehmung dadurch zu erklären, daß er sich mit Instrumenten gestochen, elektrisiert, betastet oder bestrahlt wähnt. Dagegen geraten solche Kranke ganz gewöhnlich ihrem eigenen Körper gegenüber, in eine mehr oder minder schwere Ratlosigkeit, manche auch in echte Angst und mit dieser Affektstörung ist, um mit Wernicke zu reden, natürlich das autopsychische Gebiet beteiligt.

Die Fälle, die Wernicke gezeichnet hat, gehören nicht einer bestimmten Krankheitseinheit an; es sind vielmehr hypochondrische Zustandsbilder auf sehr verschiedenartiger Grundlage. Es fragt sich aber, ob sich nicht doch gewisse Gruppen als geschlossene, einer der bekannten Psychoneurosen zugehörende Bilder herausheben lassen. Das Interesse an diesen Fällen ist also zunächst ein klinisches. Ferner aber mußten die Organempfindungen schon so häufig herhalten, um psychologische Fragezeichen zu verwischen, daß es sich verlohnt, den Gegenstand auch einer psychologischen Betrachtung zu unterziehen. Anlaß zu den folgenden Erörterungen gab mir der im nachfolgenden ausführlich mitgeteilte Fall. Analoge Fälle kenne ich aus persönlicher Erfahrung nicht und auch nach dem, was mir Fachkollegen auf Befragen mitteilen konnten, müssen sie selten sein. In der Literatur sind von Otto Juliusburger zwei Fälle mitgeteilt, die dem meinen offenbar sehr nahe stehen und die ich im folgenden ausführlicher wiedergebe. Die Arbeit von Löwenfeld „über traumartige und verwandte Zustände" kam mir erst nach völliger Vollendung meiner eigenen Arbeit in die Hand, ich konnte sie aber durch unbedeutende Änderungen im Text noch berücksichtigen. Sachliche Änderungen brauchte ich ihretwegen nicht vorzunehmen, vielmehr darf ich mich freuen, in den Punkten, die L. und ich beide behandeln, im großen und ganzen übereinzustimmen. Die Punkte, an denen unsere Meinungen auseinandergehen, werde ich später eingehender erörtern, die klinischen Ausführungen sind meines Erachtens bei L. überhaupt, vielleicht absichtlich, unvollendet. Übrigens ist mein eigener Fall, wenn mich nicht alles trügt, mit seinem Falle VIII identisch. Strohmayer hat in seiner Arbeit über „die Beziehungen der Sexualität zu Angst- und Zwangszuständen", Jung in seiner Schrift „über die Psychologie der Dementia praecox" einzelne der Hauptsymptome eingehender erörtert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Otto Juliusburger hat seine beiden Fälle in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XVII, Heft 1 und 5 unter den Titeln: „Über Pseudomelancholie" und „Zur Symptomatologie der Melancholie" veröffentlicht. Der Fall von Pseudomelancholie betraf ein 30jähriges Fräulein, erblich belastet, das „immer ein eigentümliches Seelenleben gehabt hat". Sie „besaß eine lebhafte Phantasie". Besondere Erscheinungen setzten im Nov. 1894 ein. „Ich konnte mir mit einem Male die Angehörigen, Wohnung, Wohnort nicht vorstellen . . . den Geschmack der verschiedenen Speisen konnte ich mir nicht vorstellen; alle Gegenstände, die das Auge wahrnimmt, konnte ich mir seit dieser Zeit in der Erinnerung nicht mehr vorstellen. Ferner merkte ich nicht, wie die Zeit entschwand . . .; ich kam mir so verändert aussehend vor, ganz verzerrt, fremd. . . . Meine eigene Schrift erschien mir fremd. . . . Der Klang meiner Stimme erschien mir eigentümlich, als wenn es gar nicht meine Stimme wäre, der übrige Körper blieb unverändert, aber die Augen erschienen mir komisch. . . . Ich empfand zu niemand mehr Liebe, Sehnsucht, Freude, Leid, selbst das Hungergefühl und Sättigungsgefühl fehlten. . . . Energielos und schwermütig war ich. . . . Das Denken war erschwert. . . . Was ich sah, erschien mir leblos, wie ein gemaltes Bild. . . . Ich hatte sehr viele Schwindelgefühle. . . . In letzter Zeit kamen mir Selbstmordgedanken. . . . Alles, was ich sage, sage ich so halb unbewußt. . . . Vergangenen Herbst glaubte ich, ich bekäme Gehirnerweichung. . . . Es kommt mir vor, als wenn ich nicht bei Bewußtsein wäre, manchmal scheint es mir im Moment wiederzukehren, ich mache alles mechanisch, so unbewußt, nicht aus bestimmter Absicht. . . . Ich komme mir vor wie eine Schlafwandlerin. . . . Es fehlt das Bewußtsein des eigenen Ichs. . . . Ich bin wie ein Automat."

Juliusburger erblickt in dem Umstand, daß sich dieses Fräulein zeitweise Wohnung, Angehörige usw. nicht vorstellen konnte, und in ihren Angaben über veränderte Wahrnehmung des eigenen Denkens und der Außenwelt Störungen, die über den Rahmen der gewöhnlichen Melancholie hinausgehen. Er will die „Veränderungen" im Bewußtsein der Körperlichkeit durch „Herabsetzung bzw. Aufhebung der Organgefühle" erklären und meint, die Erscheinung, die die Kranke in den Worten beschreibt: „Was ich sah, erschien mir leblos, wie ein gemaltes Bild", sei „nur durch das Wegfallen der Organempfindung von der zugehörigen Sinneswahrnehmung" zu erklären. „Auch das Fehlen des Zeitgefühles, des Hungergefühles, des Sättigungsgefühles bedeuten natürlich schwerwiegende Verluste der Organgefühle. Das Gefühl des veränderten Stimmklanges, des veränderten Augenausdruckes ist zu beziehen auf eine zentral bedingte, krankhafte Veränderung der Organgefühle, auf eine somatopsychische Parafunktion."

Juliusburger geht nun darauf aus, die somatopsychische Veränderung zur Grundstörung des ganzen Krankheitsbildes zu machen. Das Bewußtsein der Körperlichkeit, nach Wernicke gleichzusetzen „der Summe der Erinnerungsbilder aller Organempfindungen" und gleichbedeutend mit dem „primären Ich", Meynerts, sei die „Basis der ganzen Bewußtseinspyramide". Es wird „in allen Bewußtseinszuständen mitschwingen; darum wird es auch begreiflich erscheinen, daß Störungen im Bewußtsein der Körperlichkeit, ein Unterbewußtsein, eine falsche Bewertung (! ! der Verf.) oder eine Parafunktion auch zu Störungen des Erinnerungsvermögens führen werden. . . . Denn ebenso wie ein integrierender

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bestandteil der Gegenwartswahrnehmung das Organgefühl ist, so gibt sein Erinnerungsbild gewissermaßen den Grundstock ab, worauf sich der reine Objektinhalt niederschlägt". Das Bewußtsein der Körperlichkeit ist für J. der „festest abgegrenzte Bewußtseinszustand gegen die Außenwelt", der „die Dauer gegenüber dem Wechsel darstellt", auf dessen Parafunktion und Afunktion das Fehlen des Ichbewußtseins und der Mangel an bewußtem Willen zurückgeführt werden. „Somatopsyche, Ichbewußtsein und bewußter Wille sind nicht Gegensätze, sondern nur verschiedene Ausdrucksweisen für ein und dasselbe." Dunkel und Helligkeit des Bewußtseins wechseln „mit dem Aufstieg und Abstieg des Bewußtseins der Körperlichkeit", und die Schwere der Bewußtseinsstörung „wird davon abhängen, in welcher Ausdehnung und bis zu welcher Tiefe die Welle der Körperlichkeit unter die Schwelle des hellen Bewußtseins sinkt".

Die zweite Kranke, die Juliusburger in seinem Aufsatze über „Pseudomelancholie" schildert, war in den Jahren 1889 und 1890 „melancholisch" gewesen. Vom 6. V. 1901 bis 16. X. 1901 war sie in Fichtenhof. Einmal sagte sie da: „das alte Ich ist, als ob es schon gestorben ist". „In der Mitte hier (untere Hälfte des Sternums) fühle ich mein Ich, von da geht ein Druck aus, von da kommen auch die Gedanken ... ich habe zwei Ich ...; eins sitzt im Kopf, eins sitzt hier. ... Das eine beobachtet immer alles und hört alles, ist nicht so persönlich, ist wie eine dritte Person; das andere will selber leben, möchte raus aus mir, sitzt hier unten in der Brust; das eine Ich hat keine Gedanken, hört bloß, nimmt nur auf . . ., das andere drängt so rauf, will leben. Die Seele treibt raus, wie eingekerkert. Meistens, als wenn ich gar nicht denke; sondern was andere gesagt haben, und was ich mal erlebt habe, und was ich gehört habe, kommt zum Vorschein, nicht als wenn ich es denke, nicht als wenn ich es persönlich denke, sondern, als wenn es oben gedacht wird . . . es kommt alles aus der Erinnerung . . . als wenn alles stehen geblieben, weil alles wie still steht in mir. Es ist alles wie zugewachsen in mir, als wenn auf meinem Ich ein Werk drauf liegt, . . . es ist eben so, als wenn ich das nicht bin. Es geht im Kopfe, wie von selber, als wenn mir die Kraft fehlt, selber zu denken. . . . Ich höre es nicht, aber ich verstehe den Sinn davon, als wenn ein anderer dirigierte. Das eine Ich ist wie ironisch über das andere und schilt über das andere Schafskopf. Die sind entzweit. Das eine kommt von oben, davor fürchte ich mich, das schilt. . . . Wenn das zum Vorschein kommt, habe ich Angst. Von unten kommen Gedanken und Wünsche, daß ich so sein möchte, wie der oder der, daß ich zu meinem Bruder möchte, daß ich wieder Leben haben möchte. . . . Das andere sitzt im Herzen . . . es gibt sich durch Wünsche kund, möchte wieder gesund sein . . .; es hat nur Gedanken, daß es so sein möchte, wie andere, so gesund. . . . Im Traume da ist es mir oft, als wenn ich ganz wie früher bin. . . . Was in der Erinnerung liegt, das ist im Traume lebhafter wie im Wachen. Ich habe kein persönliches Gefühl, wenn nichts in mir spricht oder wünscht. Mein Zustand ist dann traumhaft, das Ich tritt dann ganz zurück, dann habe ich von dem Ich bloß eine körperliche Empfindung, auf Kopf und Brust habe ich dann einen Druck, dann bin ich mehr ein Körperliches, das Geistige ist zurückgedrängt. . . . Lust und Unlustgefühl habe ich meist nicht, es ist alles still und gleichgültig, aber oft Unglücksgefühl. . . .

Die Gedanken sind vom Ich getrennt, als wenn die Gedanken oft allein im Kopfe sind, es sind gleichgültige Gedanken, als wenn die Verbindung mit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mir selbst fehlt. Ehe sie mir zum Bewußtsein kommen, das dauert so lange, sie sind schon im Kopfe, aber ich selbst nehme keinen Teil daran. Die Gedanken sind von mir losgetrennt . . . ich selber bin gleichgültig gegen die Gedanken."

In diesem Falle findet J. eine Spaltung des Ichbewußtseins und führt diesen Zwiespalt auf eine „Sejunktion oder Dissoziation bzw. Lockerung der Sphäre des primären Ichs und der des sekundären Ichs" zurück. Es scheint ihm ferner, daß das primäre Ich, gleich der Somatopsyche im Sinne Wernicke's, identifiziert werden könne mit der Thymopsyche im Sinne Stransky's, d. h. mit dem gesamten Gefühls-, Gemüts- und Affektleben des Individuums, und daß die Noopsyche Stransky's nichts anderes ist „als die Summe der auto- und allopsychischen Vorstellungen"! Und diese Zweiheit, d. h. primäres Ich bzw. Thymopsyche einerseits und auto- und allopsychisches Gebiet bzw. Noopsyche andererseits, soll sich mit dem decken, was Schopenhauer als Wille und Vorstellung einander gegenübergestellt hat! Diese Lockerung des primären und des sekundären Ichs habe zur Folge, „daß nicht nur die Gedanken von ihrem Ich losgetrennt erscheinen, daß die Kranke das Gefühl des persönlichen Denkens verliert, sondern auch eine Erschwerung des Vorstellungsablaufes, eine Einengung des Ideenkreises wird sich einstellen".

Juliusburger kommt auch in dieser Arbeit zu dem Endergebnis „Somatopsyche, Ichbewußtsein und bewußter Wille sind nicht Gegensätze, sondern nur verschiedene Ausdrucksweisen für ein und dasselbe. Die Funktion der Somatopsyche, das Bewußtwerden der Arbeitsleistung selbst ist eben der bewußte Wille, der demzufolge mit dem Organgefühl identisch ist. Denn das Organgefühl war ja für uns nichts anderes als das Bewußtsein der Eigentätigkeit der nervösen Gebilde".

Mein eigener Kranker suchte mich wegen seiner zeitweilig zu beträchtlicher Höhe gesteigerter Angst, wegen anscheinend höchst eigentümlicher Empfindungen seines eigenen Körpers und wegen seiner hochgradigen Ratlosigkeit gegenüber der erlittenen Veränderung auf. Die Ratlosigkeit drückte sich schon im äußeren Gebahren und im Mienenspiel des ins Sprechzimmer tretenden Kranken stärker aus, als ich es je bei nicht anstaltsbedürftigen Patienten gesehen habe. Er schien verlegen, wie einer, der fühlt, daß er eine überaus komische Figur macht. Das Gesicht lächelte in stets gleichartiger, sehr läppisch wirkender Weise. Die Ohren stehen weit ab, der Blick hängt mit starrer, ängstlicher Erwartung am Arzte, alle dessen Handlungen und Mienen beobachtend; die Finger zupfen verlegen an den viel zu langen, schmutzigen und ausgefransten Manschetten. Paralyse, die der Kranke fürchtete, ließ sich ausschließen. Interesse schien für rein gar nichts vorhanden, jedoch faßte der Kranke ganz gut auf. Die ununterbrochenen Manieren in Haltung und Bewegung, zusammengehalten mit der anamnestischen Feststellung, daß sich der Kranke seit ein paar Jahren geistig schwach fühle und seitdem auch seine Leistungen objektiv nachgelassen hätten, ließen mich lange an Dementia praecox denken. Daß dieser Gedanke falsch war, lehrt der Krankheitsbericht, den der Patient nach einigen Monaten mir überbrachte.

Krankheitsgeschichte.

13. Nov. 1906. „Mein Leiden trat früher nur ab und zu, vielleicht alle halben Jahre einmal auf.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Symptome: Plötzlich wurde es mir ohne jede äußere Veranlassung ganz wie im Traum, es war mir so merkwürdig, daß ich überhaupt existierte, meine Individualität kam mir mit einem Male ganz sonderbar vor, mein ganzes Sein, mit anderen Worten ohne alle Umschweife gesagt: das Bewußtsein ließ plötzlich nach, es war um einen Grad gemindert. Es wurde mir hierbei natürlich jedesmal sehr unheimlich zumute, ich stand, wenn ich gerade saß, jedesmal unwillkürlich mit einer ganzen Todesangst auf und sagte nur, daß es mir so sonderbar sei.

Auch auf freiem Felde, als ich mit einem Kameraden spazieren ging, überkam mich plötzlich dieses eigene Gefühl, und hatte ich, solange die Bewußtseinsminderung dauerte (ungefähr $^1/_2$—$^3/_4$ Minuten), einen förmlichen Todeskampf, eine erstickende, fürchterliche Angst und das Gefühl, als ob es nun unfehlbar zu Ende gehe, hatte nur noch den Drang, rasend zu laufen, mich auf den Boden zu legen oder noch irgendwo anzuhalten, eben wie Leute, die nah am Sterben sind und in ihrer Todesangst und in dem Gefühl, daß es jetzt kein Entrinnen mehr vor dem Tode gibt, noch schnell aus dem Bette springen, allerlei Manipulationen machen, gleichsam um den Tod noch abzuhalten.

Ende Juli heuer bekam ich abends, während ich mit meinen Eltern im Garten saß, wieder vorübergehend einen solchen Anfall, diesmal aber schon ein wenig länger. Ich sagte gar nichts, stand nur vom Stuhl auf und wollte hinters Haus gehen, da kam mir eins von ihnen nach und fragte mich, weshalb ich so plötzlich aufgestanden sei. Ich sagte den Grund, und ließ die Todesangst und das Gefühl, als könnte ich im nächsten Moment tot umfallen, obwohl eins von meinen Leuten bei mir war, solange der Anfall diesmal eben dauerte, nicht nach.

Vier Tage darauf wurde dieser Zustand nun chronisch: Plötzlich wachte ich nachts auf, aber nicht wie sonst, ich kam gar nicht recht zu mir, ich wußte nicht recht, existiere ich eigentlich oder nicht. Ich sprang in Todesangst aus dem Bett, riß das Fenster auf, atmete einige Zeit die Luft ein, tastete umher, ob ich überhaupt noch fühlte: ich fühlte schon noch, aber es war mir, als fühlte und sehe ich das nicht ganz wirklich, als existiere ich nur halb, ich ging wieder ins Bett; es trieb mich wieder heraus und so ging es in einem beständig erstickenden Angstgefühl vielleicht zwei Stunden fort, mein ganzer Zustand war ein traumartiger. Dazu war es mir auch, als ob jeden Augenblick das Bewußtsein schwinden wollte (was aber nicht eintrat). Ich schlief später wieder ein, aber am andern Morgen, gleich beim Aufstehen, war dieses Unvollständige, es war mir, als wäre etwas tot, außer Funktion gesetzt, es ging mir etwas ab; es war mir zumute, wie ungefähr einem Blinden. Dazu gesellte sich hauptsächlich das ganz intensive, äußerst beängstigende Gefühl, als ob jeden Moment das Bewußtsein völlig schwinden könne, als ob ich im nächsten Moment tot umfiele, was mir oft den Schweiß ganz aus den Fingern heraustreibt. Ich hatte oft auch das Gefühl, bes. auch unter freiem Himmel: jetzt nur noch ein leiser, ganz leiser Ruck, und meinem Dasein ist ein Ende gemacht.

Der traumartige Zustand dauerte fort, einige Male kam noch ein besonderer Anfall (plötzlich schier noch eine Verstärkung des Traumartigen) wieder jenes sonderbare Gefühl, und wieder ein erstickendes, fürchterliches Angstgefühl.

Nach ca. drei Wochen gesellte sich noch eine fortwährende Unsicherheit im Gehen hinzu, ein schwankendes Gefühl, dann manchmal, wie es ungefähr einem, der ohnmächtig wird, geht: momentan war es, als ob der Boden schon

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unter mir schwinde, ein völliges Nachlassen und Versagen. Außerdem kommt noch das äußerst peinliche und beängstigende Gefühl dazu, als ob sich mein Gehirn in einem Gefängnis befände, als müsse es unbedingt einen Zugang zu demselben geben, als wäre ich in meinem eigenen Körper gefangen und habe dabei die sonderbarsten Gefühle. Und oft kommt mir meine eigene Individualität und Identität so sonderbar vor, bekomme mit einem Worte Gefühle, die so eigen sind, und einem anderen, der diesen Zustand eben nicht hat, eben verrückt erscheinen mögen.

Charakteristisch an dem Leiden ist das Traumartige, dieses nur halbe, provisorische Existieren, das, weil man nicht darüber hinaus kann, so etwas Erstickendes hat, eine Art Alpdruck, natürlich ohne Atemnot. Außerdem das ganz intensive Gefühl (keine Einbildung!) öfters, als wolle im nächsten Moment das Bewußtsein schwinden. Dazu kommt noch das Gefühl, daß mein Gehirn tot im Kopfe liegt."

M. 16. Febr. 1907. Früher trat mein Leiden nur ab und zu, vorübergehend auf: Es wurde mir plötzlich ganz traumartig, meine eigene Person kam mir mit einem Male ganz sonderbar vor, es war mir ganz merkwürdig, daß ich überhaupt existierte: mit einem Worte, es trat eine plötzliche Veränderung ein, die mich jedesmal mit einer Todesangst herumtrieb (Dauer ungefähr $^1/_2$—1 Min., das letztemal aber schon ca. 10 Min.).

In der Nacht vom 2. auf 3. Aug. v. Js. wurde besagter Zustand chronisch: Ich wachte nachts auf, kam aber gar nicht zu mir, ich wußte nicht, existiere ich jetzt eigentlich oder nicht. Ich bekam einen förmlichen Todeskampf. Ich fühlte alles nur mehr halb, was ich sah, war wie eine Vision, es war nur mehr ein halbes Existieren. Dazu gesellte sich das Gefühl, als wolle jeden Moment das Bewußtsein schwinden, als wäre im nächsten Moment das Dasein abgeschnitten.

Als ich am nächsten Morgen aufstand, fühlte ich, es ist etwas tot, außer Kraft gesetzt, es ging mir etwas ab, es war eine völlige Wandlung mit mir geschehen. Des Tags über hatte ich öfters furchtbare Angstzustände.

Das Traumartige dauerte fort; nach 10—14 Tagen gesellte sich zu dem ohnehin schon unerträglichen Zustand ein beständig schwankendes Gefühl im Gehen hinzu und ab und zu war es mir, als schwände plötzlich der Boden unter mir, als wanke ich wie ein Betrunkener, als wollte es mich mit einem Ruck auf den Boden werfen.

Dieser Zustand hat etwas entsetzlich Hilfloses, Erstickendes (natürlich ohne Atemnot) an sich, es ist, als stünde ich vollständig in mir selber abgeschlossen, ganz allein auf der Welt, als gäbe es zur Außenwelt gar keine Verbindung mehr.

Auch wenn ich mit jemand spreche, fühle ich mich einsam, es ist, als hätte ich hier gar nicht den wirklichen Menschen vor mir; es ist, als wären alle Menschen in ihrem eigenen Körper in einer Maske, gleichsam als müßte ich die Seele sehen.

Dieses halbe provisorische Existieren ist wie ein beständiger Todeskampf, und oft glaube ich, diesen Tag nicht mehr zu überleben.

Noch bemerkenswert ist, daß es für mich kein wirkliches Erinnern mehr gibt; wenn ich mich an etwas erinnern will, und war es noch so kurz vorher, so ist es, als wäre das überhaupt nicht geschehen, als wäre das ein Gedanke

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von mir, ein gewaltsames Erinnern (es ist eigentlich ein Festhalten an der Tatsache, daß ich dies und dies erlebt habe).

Das Charakteristische an dem unausgesetzt peinigenden Zustand ist das Traumartige, es ist ein Mittelding zwischen Sein und Nichtsein, es ist, als könne ich im nächsten Moment zurücksinken oder: nur noch eine Idee ärger und alles ist aus.

Manchmal habe ich das äußerst peinliche Gefühl, als befände sich mein Gehirn in einem Gefängnis oder als läge es vollständig tot und erstarrt im Kopfe und könne jeden Moment den Dienst vollständig versagen.

Obwohl ich sehe (allerdings nur wie eine Vision), ist es, als sehe ich gar nichts, als sei ich blind; betaste ich etwas, so ist es fast, als dächte ich mir es: auch was ich höre, ist wie eine Täuschung.

Bei einem besonderen Anfalle (besonders abends) ist das Traumartige verstärkt, ich rede und handle nur mehr automatenhaft.

Mein Leben erscheint mir wie ein beständiges Wagnis, ich sehe mich beständig vor dem schwindelnden ewigen Nichts; es ist mir, wie einem, der sich verstiegen hat, in die schwindelnde Tiefe sieht und bei dem leisesten Fehltritt hinunterfallen kann; und auch wie einem, der ständig auf solche Art gefoltert wird: ich stecke in einem Gestell, überall angebunden, so daß ich kein Glied zu rühren vermag, ein Mann steht mit einem Tuch davor, jeden Moment bereit, mich zu ersticken. Mein Zustand ist demnach teils grausig schwindelnd, teils hilflos und erstickend und dadurch, daß man nicht darüber hinaus kann, wie ein beständiger Todeskampf.

Aus der aus Raumrücksichten nicht weiter mitgeteilten Krankengeschichte geht zunächst noch das eine klar hervor, daß der Patient die Eigentümlichkeiten, die den Verdacht auf Dementia praecox erweckt haben, also die (scheinbare) Interesselosigkeit bei gutem Auffassungsvermögen, Stereotypien, läppisches Benehmen u. dgl., seit langem sein eigen nennt, daß er sie aus der Kindheit mitgebracht hat und daß sie ihm angehörten, solange er selbst denken kann.

Wo der Kranke läppisch oder imbezill erscheint, da täuscht dieser Schein.

Ferner wird von zahlreichen Erscheinungen erzählt, die offenbar in den Kreis der psychischen Zwangserscheinungen gehören und als solche ihre nosologische Stellung erst nach Festsetzung des Krankheitsbegriffes angewiesen erhalten können. Um den Rang der psychopathologischen Grundstörung aber konkurrieren die drei Symptome von scheinbar sehr verschiedener Art und Wertigkeit: das Gefühl des Traumhaften, die Angstzustände, endlich das, was ich hier zusammenfassend einmal kurz die somato- (und auto-) psychische Ratlosigkeit nennen will. Da das Traumartige ursprünglich sich in Anfällen einzustellen pflegte, so wäre eine Auseinandersetzung der Frage, ob es sich um eine abnorm gestaltete Epilepsie handle, gewiß am Platze, wenn im Verlauf der Krankheit in der Erscheinungsweise dieses Symptomes nicht eine vollkommene Änderung eingetreten wäre: seit mehreren Jahren ist das Traumhafte kein von Zeit zu Zeit sich einstellender, nach kürzerer oder längerer Dauer vorübergehender Zustand, sondern vielmehr ein Gefühl, das alle geistigen Vorgänge des Rubr. beständig begleitet. Dieser Umstand allein macht es unnötig, auf die heikle Diskussion, ob dem Symptom, wie es ursprünglich war, vielleicht eine epileptische Störung zugrunde gelegen, näher einzugehen. Es gilt aber zu untersuchen das Verhältnis von Angst und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

somato- und autopsychischer Ratlosigkeit. Ist eins dieser Symptome die primäre Störung, aus der sich die andere ableiten läßt? Der Kranke selbst meint so; für ihn begreift sich die Angst als ganz natürliche Folgeerscheinung davon, daß er sich sozusagen in seinem eigenen Körper nicht mehr auskennt. Auch Wernicke hat die Angst im Bilde der Somatopsychosen ganz ebenso erklärt. Vielleicht sind beide aber auch koordinierte Erscheinungen einer nicht ohne weiteres zutage liegenden Grundstörung.

Sehr merkwürdig ist die bei J.s Fall I und meinem Fall wiederkehrende Angabe über Störungen des Vorstellens im Sinne des Erinnerns, die offenbar den Wahrnehmungsstörungen sehr nahe stehen.

Jedenfalls besteht zwischen dem Zustandsbilde, das mein Kranker nunmehr seit zirka drei Jahren bietet, und dem der Juliusburger'schen Fälle eine weitgehende Ähnlichkeit. Alle drei Kranken klagen darüber, daß sie ihr eigenes Ich verändert wahrnehmen, daß sie anders geworden seien als früher, daß sie der Außenwelt und ihrem Innenleben verändert gegenüberständen. Zwar sind bei allen offenbar auch die Wahrnehmungsbilder äußerer Gegenstände irgendwie verändert. (Meine eigene Schrift erschien mir fremd, der Klang meiner Stimme erschien mir eigentümlich . . . die Augen erschienen mir komisch . . . was ich sah, erschien mir leblos, wie ein gemaltes Bild, schildert Juliusburger's I. Fall. Ich höre es nicht, aber ich verstehe den Sinn davon, sagt J.s Fall II. Es war, als fühlte und sähe ich das nicht ganz wirklich . . . wenn ich mit jemandem spreche, fühle ich mich einsam, als hätte ich hier gar nicht den wirklichen Menschen vor mir. . . . Obwohl ich sehe [allerdings nur wie eine Vision], ist es, als sähe ich gar nichts, als sei ich blind; betaste ich etwas, so ist es, als dächte ich mir es, auch was ich höre, ist wie eine Täuschung, schrieb mein Kranker.) Es sind das aber sicherlich keine allopsychischen Störungen im Sinne Wernicke's: alle drei Kranke wissen recht gut, daß die Veränderung, die sie empfinden, in ihnen und nicht an den wahrgenommenen Gegenständen liegt. Schwer zu entscheiden ist die Frage: Ist die Grundstörung eine somato- oder autopsychische? Es ist zuzugeben, daß eine Hauptstörung in der veränderten Art und Weise zu liegen scheint, wie die Kranken ihren eigenen Körper empfinden. Die hierhergehörigen Klagen sind: Ich kam mir so verändert aussehend vor, ganz verzerrt, fremd, das Hungergefühl und Sättigungsgefühl fehlten. — Ich hatte sehr viele Schwindelgefühle [J.s Fall I]. In der Mitte hier fühle ich mein Ich, von da geht ein Druck aus . . . Ich habe zwei Ich, eins sitzt im Kopf, eins sitzt hier. Es ist alles wie zugewachsen in mir, als wenn auf meinem Ich ein Werk darauf liegt . . . es ist eben so, als wenn ich das nicht bin . . . auf Kopf und Brust habe ich dann einen Druck, dann bin ich mehr ein Körperliches . . . [Fall II J.s]. Ich wußte nicht recht, existiere ich eigentlich oder nicht . . . momentan war es, als ob der Boden schon unter mir schwinde, ein völliges Nachlassen und Versagen . . . das äußerst peinliche und beängstigende Gefühl, als ob sich mein Gehirn in einem Gefängnis befände . . . als wäre ich in meinem eigenen Körper gefangen. . . . Das Gefühl, daß mein Gehirn tot im Kopfe liegt. Es ist, als stünde ich, vollständig in mir selber abgeschlossen, ganz allein auf der Welt, als gäbe es zur Außenwelt keine Verbindung mehr [mein Kranker]). Auch die Klagen meines Kranken darüber, daß etwas „tot", „außer Kraft gesetzt sei", über „halbes Existieren" u. dgl. könnten vielleicht, wenigstens zum Teil, zu den auf somatopsychischen Störungen beruhen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Angaben gehören. Andererseits ist die somatopsychische Grundlage bei einer Reihe der hier angeführten Klagen sehr unsicher. Die Ausdrücke, die von den Kranken zur Bezeichnung ihres veränderten Zustandes gebraucht werden, sind oft mehrdeutig, erwecken häufig geradezu den Verdacht, als seien es Bilder und Gleichnisse, auf die die ihrem Zustand ratlos gegenüberstehenden Kranken verfallen, um sich verständlich zu machen. Gleichwohl vermöchte ich diesen Verdacht nicht ohne weiteres gegenüber der Gesamtheit der angeführten Klagen geltend zu machen. Entscheidender als der geschriebene wörtliche Ausdruck ist hier naturgemäß der Eindruck, den die mündliche Schilderung, die die Kranken geben, erweckt. Und da kann ich auf Grund eigener, häufig wiederholter Beobachtung versichern, daß die Klagen über die auf das „tote", „erstarrt" im Kopfe liegende Gehirn bezogenen Empfindungen meines Kranken durch die absonderlichen Stellungen, die er einnahm, um sich von den lästigen Sensationen zu befreien, die eigentümlichen Kopfhaltungen, die Anwendung aller möglichen äußeren Reize und die gleichzeitig gegebene Begründung seines auffallenden absonderlichen Tuns keinen Zweifel darüber bestehen ließen, daß es sich tatsächlich um offenbar ganz eigenartige und seltsame Körperempfindungen handelte.

Ein sehr großer Teil der Klagen unserer drei Kranken beruht offenbar auf Veränderungen des „Ichbewußtseins", auf autopsychischen Störungen. „Ich empfand zu niemand mehr Liebe, Sehnsucht, Freude, Leid . . . Energielos und schwermütig war ich. Das Denken war erschwert . . . Alles, was ich sage, sage ich so halb unbewußt. Vergangenen Herbst glaubte ich, ich bekäme Gehirnerweichung . . . Es kommt mir vor, als wenn ich nicht bei Bewußtsein wäre . . . manchmal scheint es mir im Moment wiederzukehren, ich mache alles mechanisch, so unbewußt, nicht aus bestimmter Absicht . . . ich komme mir vor wie eine Schlafwandlerin . . . Es fehlt das Bewußtsein des eigenen Ichs . . . Ich bin wie ein Automat." Das sind die Äußerungen von J.s erster Kranken, in denen sämtlich eine autopsychische Veränderung ausgedrückt ist, und die, auch wenn wir die Autopsyche, wie wir es im Anschluß an Wernicke tun müssen, ganz streng als nur durch Vorstellungsinhalte bestimmter Art umgrenzt denken, alle leicht so zu wenden sind, daß ihre autopsychische Natur sofort klar wird. Dasselbe gilt von folgenden Äußerungen der zweiten Kranken: „Das alte Ich ist, als ob es schon gestorben ist . . . ich habe zwei Ich, das eine beobachtet immer alles und hört alles . . ., ist wie eine dritte Person; das andere will selber leben usw. (der Zusatz, das eine beobachtet immer alles usw., beweist, daß die zwei Ich nicht körperlich gemeint sind. D. Verf.). Die Seele treibt raus, wie eingekerkert . . . was andere gesagt haben und was ich selbst erlebt habe und was ich gehört habe, kommt zum Vorschein, nicht als wenn ich es denke, nicht als wenn ich es persönlich denke, sondern, als wenn es oben gedacht wird . . . es kommt alles aus der Erinnerung . . . weil alles wie still steht in mir. Es ist eben so, als wenn ich das nicht bin. Es geht im Kopfe, wie von selber, als wenn mir die Kraft fehlt, selber zu denken . . . Wenn das zum Vorschein kommt (scil. das eine Ich), habe ich Angst . . . Ich habe kein persönliches Gefühl, wenn nichts in mir spricht oder wünscht. Mein Zustand ist dann traumhaft, das Ich tritt dann ganz zurück, dann habe ich vom Ich bloß eine körperliche Empfindung . . . das Geistige ist zurückgedrängt . . . Lust- und Unlustgefühle habe ich meist nicht, es ist alles still und gleichgültig,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aber oft Unglücksgefühl . . . Die Gedanken sind vom Ich getrennt . . . als wenn die Verbindung mit mir selbst fehlt. Ehe sie mir zum Bewußtsein kommen, das dauert so lange; sie sind schon im Kopfe, aber ich selbst nehme keinen Teil daran." In diesem Falle habe ich fast die ganzen Selbstbeobachtungen der Kranken nochmals abschreiben müssen, denn sie beziehen sich fast alle auf die peinlich empfundene autopsychische Veränderung. Auch bei meinem Kranken sind die autopsychischen Störungen schwer und zahlreich. „Plötzlich wurde es mir . . . ganz wie im Traum, es war mir so merkwürdig, daß ich überhaupt existierte, meine Individualität kam mir mit einem Male ganz sonderbar vor . . . Das Bewußtsein ließ plötzlich nach, es war um einen Grad gemindert (letztere Äußerung braucht natürlich keine rein autopsychische Veränderung anzuzeigen; d. Verf.). Es wurde mir . . . sehr unheimlich zumute . . . mit einer wahren Todesangst . . . Plötzlich wachte ich nachts auf, aber nicht wie sonst, ich kam gar nicht recht zu mir; ich wußte nicht recht, existiere ich eigentlich, oder nicht . . . Dazu war es mir auch, als ob jeden Augenblick das Bewußtsein schwinden wollte . . . Gleich beim Aufstehen war dieses Unvollständige, es war mir, als wäre etwas tot, außer Funktion gesetzt, es ging mir etwas ab, es war mir zumute, wie ungefähr einem Blinden. Dazu gesellte sich . . . das Gefühl, als ob jeden Moment das Bewußtsein völlig schwinden könnte . . . auch das Gefühl: jetzt nur noch ein leiser, ganz leiser Ruck, und meinem Dasein ist ein Ende gemacht . . . Der traumartige Zustand dauerte fort, einige Male kam noch ein besonderer Anfall (plötzlich schier noch eine Verstärkung des Traumartigen) . . . Oft kommt mir meine eigene Individualität und Identität so sonderbar vor, bekomme mit einem Worte Gefühle, die so eigen sind . . . Noch bemerkenswert ist, daß es für mich kein wirkliches Erinnern mehr gibt; wenn ich mich an etwas erinnern will . . ., so ist es . . ., als wäre das ein Gedanke von mir, ein gewaltsames Erinnern (es ist eigentlich ein Festhalten an der Tatsache, daß ich dies und dies erlebt habe) . . . Bei einem besonderen Anfalle ist das Traumartige verstärkt, ich rede und handle nur mehr automatenhaft."

Die psychologische Deutung dieser in ihrer fast monotonen Wiederholung scheinbar so einfachen Krankheitsbilder ist gewiß nicht leicht. Unzweifelhaft verfehlt ist aber Juliusburger's Deutungsversuch. Von unhaltbaren Grundansichten ausgehend springt er willkürlich von einem psychologischen Begriff auf den anderen, ohne sich des fundamentalen Unterschiedes auch nur bewußt zu werden, und endet mit einer unbegreiflichen Gleichsetzung. Das alles liegt daran, die Organgefühle haben es ihm angetan. Den Ausdruck gebraucht er willkürlich abwechselnd mit dem Ausdruck „Organempfindung", er hat ihn zunächst von Wernicke genommen, von dem er zur Bezeichnung der von unserem eigenen Körper ausgeübten Reize, soweit diese Bewußtseinsinhalte werden, gebraucht wird. Diese „Organgefühle", die eigentlich also Empfindungen sind, Körperempfindungsinhalte, die gibt es natürlich. Diese Körperempfindungsinhalte können auch krankhaft verändert sein, und wenn die Ursache hierfür nicht in einer Erkrankung des betreffenden Organes liegt, sondern in einer Erkrankung des nervösen Leitungs- und Aufnahmeapparates, so gibt das die Somatopsychosen Wernicke's. Juliusburger aber hat diesen ursprünglichen Begriff bis zur Unkenntlichkeit verändert. So bedeute es eine „durch Herabsetzung bzw. Aufhebung der Organgefühle" bedingte „Veränderung im Bewußtsein der Körperlichkeit", daß sich seine erste

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kranke zeitweise Wohnung, Angehörige usw. nicht vorstellen konnte, daß ihr eigenes Denken ihr verändert erschien! Dabei ist doch von einer „Veränderung im Bewußtsein der Körperlichkeit" bei diesen Klagen gar keine Rede! J. nimmt völlig willkürlich und ohne einen Beweis für seine Annahme zu versuchen, einfach an, daß diese Erschwerung der Vorstellungstätigkeit mit dem Verlust oder irgendeiner Verfälschung der Organgefühle zusammenhänge. So meint er auch, die Mitteilung seiner Kranken: „was ich sah, erschien mir leblos, wie ein gemaltes Bild", sei „nur durch das Wegfallen der Organempfindung von der zugehörigen Sinneswahrnehmung" zu erklären. Als ob das Sehen eines gemalten Bildes nicht auch von Organempfindungen begleitet sein würde! Hätte J. mit seiner Auffassung Recht, dann läge der Unterschied zwischen dem Wahrnehmungsbild eines wirklichen und dem eines gemalten Menschen im Körper, speziell im Sehapparate des Wahrnehmenden, und würden beide zufällig nicht wahrgenommen, dann hätten die nach J. den Unterschied ausmachenden Organempfindungen keine Gelegenheit, sich einzustellen oder „wegzufallen", dann wäre der gemalte und der wirkliche Mensch wohl ein und dasselbe — unausweichliche Schlußfolgerungen aus Juliusburger's Erklärungsversuch, die er aber wahrscheinlich selbst nicht den Organgefühlen zuliebe in Kauf nehmen will. „Auch das Fehlen des Zeitgefühles, des Hungergefühles, des Sättigungsgefühles bedeuten natürlich schwerwiegende Verluste der Organgefühle. Das Gefühl des veränderten Stimmklanges, des veränderten Augenausdruckes ist zu beziehen auf eine zentral bedingte, krankhafte Veränderung der Organgefühle, auf eine somatopsychische Parafunktion." Zu diesen weiteren Aufstellungen J.s habe ich zunächst zu bemerken, daß der Zeitsinn, Hunger und Sättigung zunächst Wahrnehmungsinhalte, aber keine Gefühle sind, allerdings Inhalte mit besonders großer „Gefühlsnähe", d. h. zumeist von lebhaften Gefühlen begleitete Inhalte. Hunger und Sättigung sind sogar echte Organempfindungen, vom Zeitsinn läßt sich das aber nicht sagen. Wenn Hunger und Sättigung fehlen, so bedeutet das aber durchaus nicht ohne weiteres einen „schwerwiegenden Verlust" der betreffenden „Organgefühle". Sie können ja recht gut aus irgendeinem Grunde nicht beachtet werden, können aus ihrer gewohnten „Gefühlsnähe" verdrängt sein. Auch der Traurige fühlt keinen Hunger und dem Glücklichen schlägt keine Stunde. Und wenn der Klang der eigenen Stimme einer Kranken verändert vorkommt, der Ausdruck ihrer Augen ihr anders als sonst erscheint, so braucht auch das mit einer Veränderung der Organgefühle gar nichts zu tun zu haben, sondern kann eine der so häufigen Selbsttäuschungen sein, wie sie in veränderten Stimmungslagen, bei veränderter Einstellung vorkommen.

Ich kann J. also nicht beipflichten in der Annahme, daß die somatopsychische Veränderung die Grundstörung dieser Krankheitsbilder sei. Auch ist es sehr gefährlich, bei psychologisch-analytischen Auseinandersetzungen bildliche Ausdrücke zu gebrauchen, wie es J. tut, wenn er das Bewußtsein der Körperlichkeit (= dem primären Ich Meynert's) die „Basis der ganzen Bewußtseinspyramide" nennt und es „in allen Bewußtseinszuständen mitschwingen" läßt. Es ist im allgemeinen das zeitlich früher Erworbene unseres Erfahrungsbesitzes. Warum aber „Störungen im Bewußtsein der Körperlichkeit, ein Unterbewußtsein, eine falsche Bewertung oder eine Parafunktion auch zu Störungen des Erinnerungsvermögens führen" sollen, erschiene „so begreiflich" durchaus nicht, auch wenn diese Störung im Bewußtsein der Körperlichkeit nachgewiesen wäre.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Was hat die Erinnerung an meine Schwester z. B., die ich vor zwei Jahren zuletzt gesehen, mit meinen Organempfindungen zu tun, was sogar mit denen im besonderen, die dieses letzte Sehen, den letzten Sehakt begleiteten? Und wenn die Erinnerungsbilder meiner Organempfindungen und sogar die der zuletzt näher gekennzeichneten mir verloren gegangen wären, warum sollten dann auch die Erinnerungsbilder der „zugehörigen Sinneswahrnehmung" unzugänglich geworden sein? J. antwortet: „Denn ebenso wie ein integrierender Bestandteil der Gegenwartswahrnehmung (er meint natürlich der gegenwärtigen Wahrnehmung! d. Verf.) das Organgefühl ist, so gibt sein Erinnerungsbild gewissermaßen den Grundstock ab, worauf sich der reine Objektinhalt niederschlägt." Diese Behauptung soll J. beweisen. Weiß sein Bewußtsein, sei es bei einer gegenwärtigen Wahrnehmung, sei es bei einer Erinnerung, denn überhaupt etwas von einer nebenhergehenden Organempfindung oder gar von einem Abbild, einer Erinnerung von einer solchen? Meines für gewöhnlich gar nichts! Und auf so unfaßbare psychologische Größen sollen wir die schwersten psychologischen Bauten stellen?

Die Einwände, die ich gegen die psychologischen Auseinandersetzungen erheben muß, die J. seiner zweiten Arbeit angehängt hat, sind ganz gleicher Art. Wiederum soll ein Wegfall bzw. eine Lostrennung der Organempfindungen bzw. ihrer Erinnerungsbilder von den übrigen Bewußtseinsinhalten etwas erklären, was sie nicht erklären können: hier eine Spaltung des Ichbewußtseins, das Gefühl, automatenhaft und unpersönlich zu denken, Erschwerung des Vorstellungsablaufes und Einengung des Ideenkreises.

Nun konnte meiner Meinung nach niemand den wahren Sachverhalt klarer und eindeutiger aussprechen, als diese zweite Kranke Juliusburger's es tat. Sie sagt: „Ich habe kein persönliches Gefühl, wenn nichts in mir spricht oder wünscht. Mein Zustand ist dann traumhaft, das Ich tritt dann ganz zurück, dann habe ich vom Ich bloß eine körperliche Empfindung . . . dann bin ich mehr ein Körperliches, das Geistige ist zurückgedrängt". Also auf das Haben oder Nichthaben von Gefühlen kommt es beim Ichbewußtsein an. Wenn es innen nicht spricht und wünscht, fehlt das persönliche Gefühl. Hierbei kann das Ich, das, weil es in ihm nicht spricht und wünscht, ganz zurücktritt, dem Ich als Körper, dem primären Ich Meynerts, der Somatopsyche geradezu gegenübergestellt erscheinen.

Tatsächlich ist uns unser Ich ja nur in Gefühlen gegeben. Als fühlend steht mein Ich all seinen Empfindungsinhalten gegenüber. Gefühle scheiden Ich und Nicht-Ich. Gefühle machen mein Ichgefühl aus, insbesondere Gefühle der Betätigung und des Erleidens. Alle beschriebenen drei Kranken hatten wenig lebhafte Gefühle: in ihnen war alles still und gleichgültig — nur Angst und schweres Krankheitsgefühl traten auf. Die Gedanken, die sie hatten, waren nicht die von ihnen gedachten Gedanken — es fehlte ihnen „die Kraft, selber zu denken" — „es kommt alles aus der Erinnerung".

Das „Bewußtsein der Körperlichkeit" ist für J. aber noch weit mehr. Es ist der „festest abgegrenzte Bewußtseinszustand gegen die Außenwelt" — gemeint ist natürlich der festest abgegrenzte Bewußtseinsbesitz — „der die Dauer gegenüber dem Wechsel darstellt", und auf seine Parafunktion und Afunktion werden Fehlen des Ichbewußtseins und Mangel an bewußtem Willen zurückgeführt. „Somatopsyche, Ichbewußtsein und bewußter Wille sind nicht Gegensätze, sondern

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nur verschiedene Ausdrucksweisen für ein und dasselbe." Dunkel und Helligkeit des Bewußtseins wechseln „mit dem Aufstieg und Abstieg des Bewußtseins der Körperlichkeit".

Wahr ist jedenfalls, daß uns der eigene Körper sehr zahlreiche und auch verhältnismäßig rasch aufeinander folgende Empfindungsinhalte verschafft, aber von einer Dauer des Bewußtseins der Körperlichkeit gegenüber dem Wechsel aller andersartigen — d. h. nicht dem Körper entstammenden — Bewußtseinsinhalte kann nicht gut die Rede sein, schon darum nicht, weil die dem eigenen Körper entstammenden Empfindungen zumeist sehr wenig lebhaft, daher undeutlich und verschwommen sind. Wir müssen sie für gewöhnlich ja geradezu mit Aufmerksamkeit suchen, wenn wir sie wahrnehmen wollen. Aber wenn auch der Summe der Körperempfindungsinhalte die ihnen hier zugeschriebene Festigkeit der Abgrenzung und Dauer zukäme, wie kommt es dann zu der Gleichsetzung: Somatopsyche = Ichbewußtsein = bewußter Wille. Wenn es mich jetzt an dem Arm, mit dem ich schreibe, juckt, oder wenn mich die Arme, mit denen ich gerade rudere, schmerzen, so gehen Juck- bzw. Schmerzempfindung zwar in gewissem Sinne in die Summe der Wahrnehmungsinhalte, die mein Ichbewußtsein ausmachen, ein; aber sie sind in dieser Summe unter den anderen sehr nebensächlich. Und meinen bewußten Willen können sie vielleicht stören, aber gerade dadurch zeigen sie ja nur, daß sie nicht mein Wille sind. Sie stehen ihm dann ja als etwas Fremdes gegenüber!

Gefühle bringen eben auch die Ichbeziehung unserer Empfindungsinhalte zustande, und wo Gefühle fehlen oder lahm sind, da verblaßt die Ichbeziehung und damit das Persönlichkeitsgefühl.

So ist es mir nicht zweifelhaft, daß eine Reihe der Klagen der drei beschriebenen Kranken auf Gefühlsstörungen zurückgeführt werden müssen, und ich will nunmehr im folgenden den Versuch machen, von diesem Gesichtspunkt aus eine möglichst große Anzahl der Selbstäußerungen zu erklären. Bei einer Reihe von Klagen ist das verhältnismäßig sehr leicht. Hierher gehören folgende Angaben von J.s erster Kranken: „Ich empfand zu niemand mehr Liebe, Sehnsucht, Freude, Leid . . . Energielos und schwermütig war ich . . . Das Denken war erschwert . . . Alles, was ich sage, sage ich so halb unbewußt . . . Es kommt mir vor, als wenn ich nicht bei Bewußtsein wäre . . . ich mache alles mechanisch . . . ich komme mir vor, wie eine Schlafwandlerin . . . Es fehlt das Bewußtsein des eigenen Ichs . . . Ich bin wie ein Automat." Folgende Angaben der zweiten Kranken: „Das alte Ich ist, als ob es schon gestorben ist. Ich habe zwei Ich. Das eine . . . ist nicht so persönlich, ist wie eine dritte Person; das andere will selber leben, möchte raus aus mir, sitzt hier unten in der Brust; das eine Ich hat keine Gedanken, hört bloß, nimmt nur auf . . ., das andere drängt so rauf, will leben. Die Seele treibt raus, wie eingekerkert. Meistens, als wenn ich gar nicht denke, sondern was andere gesagt haben und was ich mal erlebt habe und was ich gehört habe, kommt zum Vorschein . . . nicht als wenn ich es persönlich denke, sondern als wenn es gedacht wird . . . es kommt alles aus der Erinnerung . . . als wenn alles stehen geblieben, weil alles wie still steht in mir . . . es ist ebenso, als wenn ich das nicht bin. Es geht im Kopfe, wie von selber, als wenn die Kraft fehlt, selber zu denken . . . Ich höre es nicht, aber ich verstehe den Sinn davon, als wenn ein anderer dirigierte . . . Das eine (scil. Ich) kommt von oben, davor fürchte ich mich . . .

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wenn das zum Vorschein kommt, habe ich Angst. Von unten kommen Gedanken und Wünsche. Ich habe kein persönliches Gefühl, wenn nichts in mir spricht oder wünscht . . . Die Gedanken sind vom Ich getrennt, als wenn die Gedanken oft allein im Kopfe sind, es sind gleichgültige Gedanken, als wenn die Verbindung mit mir selbst fehlt. Ehe sie mir zum Bewußtsein kommen, das dauert so lange; sie sind schon im Kopfe, aber ich selbst nehme keinen Teil daran. Die Gedanken sind von mir losgetrennt . . . ich selber bin gleichgültig gegen die Gedanken". Nicht so auf der Hand liegt die primäre Gefühlsstörung bei folgenden Angaben meines eigenen Kranken: „Es war mir so merkwürdig, daß ich überhaupt existierte, meine Individualität kam mir mit einem Male ganz sonderbar vor. Es wurde mir . . . sehr unheimlich zumute . . . Auch auf freiem Felde überkam mich plötzlich dieses eigene Gefühl und hatte ich . . . einen förmlichen Todeskampf, eine erstickende, fürchterliche Angst und das Gefühl, als ob es nun unfehlbar zu Ende gehe, hatte nur noch den Drang, rasend zu laufen, mich auf den Boden zu legen . . . wie Leute, die nah am Sterben sind und in ihrer Todesangst allerlei Manipulationen machen, gleichsam um den Tod noch abzuhalten." (Letzterer Vergleich zeigt meines Erachtens klar und unzweideutig, daß der Kern der Störung ein vermindertes Aktivitätsgefühl ist.) „Plötzlich wachte ich nachts auf, aber nicht wie sonst, ich kam gar nicht recht zu mir, ich wußte nicht recht, existiere ich eigentlich oder nicht . . . tastete umher, ob ich überhaupt noch fühlte: ich fühlte schon noch, aber es war mir, als fühlte und sähe ich das nicht ganz wirklich, als existiere ich nur halb." (NB. Die Störung wird also wieder in unverkennbarer Weise auf die eigene Person bezogen!) „Mein ganzer Zustand war ein traumartiger. Dazu war es mir, als ob jeden Augenblick das Bewußtsein schwinden wollte . . . Gleich beim Aufstehen war dieses Unvollständige, es war mir, als wäre etwas tot, außer Funktion gesetzt, es ging mir etwas ab. Dazu gesellte sich . . . das äußerst beängstigende Gefühl, als ob jeden Moment das Bewußtsein schwinden könne, als ob ich im nächsten Moment tot umfiele, was mir oft den Schweiß aus den Fingern heraustreibt . . . auch das Gefühl, jetzt nur noch ein leiser, ganz leiser Ruck, und meinem Dasein ist ein Ende gemacht. Nach zirka drei Wochen gesellte sich noch eine fortwährende Unsicherheit im Gehen hinzu, ein schwankendes Gefühl, dann manchmal, wie es ungefähr einem, der ohnmächtig wird, geht . . . ein völliges Nachlassen und Versagen. Dieses halbe provisorische Existieren ist wie ein beständiger Todeskampf . . . Bei einem besonderen Anfalle ist das Traumartige verstärkt, ich rede und handle nur mehr automatenhaft. Mein Leben erscheint mir wie ein beständiges Wagnis. Es ist mir, wie einem, der ständig auf solche Art gefoltert wird: ich stecke in einem Gestell, überall angebunden . . . ein Mann steht davor . . . jeden Moment bereit, mich zu ersticken. Mein Zustand ist demnach teils grausig schwindelnd, teils hilflos und erstickend, und dadurch, daß man nicht darüber hinauskann, wie ein beständiger Todeskampf."

In den Schilderungen, die Juliusburger's Kranke von ihrem Zustande geben, tritt die primäre Gefühlsstörung klar zutage. Es ist eine ganz bestimmte Gefühlsqualität, deren Störung immer und immer wiederkehrt, das Tätigkeitsgefühl. Das ist gerade jenes Gefühl, das die gegensätzliche Stellung von Ich und Nicht-Ich, Ich und Gegenstand, oder Ich hier und Welt der Dinge außer mir so recht deutlich macht. In ihm erleben wir unser Ich besonders

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

intensiv, man kann fast sagen, in ihm haben wir die Gewißheit unseres Lebens. Es ist die eigenartige Qualität unseres Ich, in der wir die Gewißheit unseres Seins, unseres Lebens erfahren.

Hält man hieran fest, so erkennt man auch in den Klagen des dritten Kranken, der seine Erlebnisse weniger beschreibend darstellt, als vielmehr sie bildlich schildert, gleichzeitig reflektiert, daß es sich um eine Abschwächung dieses Gefühles handeln muß.

Nun wird man diesen Ausführungen aber vielleicht zustimmen, soweit die zuletzt angeführten Klagen in Betracht kommen, dagegen finden, daß sich die somatopsychischen Störungen auf diese Weise nicht erklären lassen. Sehen wir uns diese speziell somatopsychischen Störungen zu dem Zwecke, diese Frage zu prüfen, noch einmal an. Bei Fall I hören wir: „Ich kam mir so verändert aussehend vor, ganz verzerrt, fremd, das Hungergefühl und Sättigungsgefühl fehlten." Fall II sagte: „In der Mitte hier fühle ich mein Ich, von da geht ein Druck aus . . . es ist alles wie zugewachsen in mir, als wenn auf meinem Ich ein Werk draufliegt . . . es ist ebenso, als wenn ich das nicht bin . . . auf Kopf und Brust habe ich dann einen Druck, dann bin ich mehr ein Körperliches." Mein Kranker sprach von dem „äußerst peinlichen und beängstigenden Gefühl, als ob sich sein Gehirn in einem Gefängnis befinde . . . als wäre er in seinem eigenen Körper gefangen". Ferner vom „Gefühl, als ob sein Gehirn tot im Kopfe läge, als stünde er vollständig in sich selber abgeschlossen ganz allein auf der Welt". Ich habe ausdrücklich hinzugefügt, daß mein Kranker durch höchst eigenartige verwunderliche Rumpf- und Kopfhaltungen versuchte, sich von seinem Gehirn wieder normalere Empfindungen zu verschaffen, und habe betont, daß es durchaus den Eindruck machte, als sei er seinen Körperempfindungen gegenüber in der größten Ratlosigkeit. Müssen wir, um alle diese nochmals angeführten somatopsychischen Klagen zu erklären, nicht doch eine Störung der Organempfindungen annehmen? müssen wir nicht weiterhin zugeben, daß diese veränderten Körperbewußtseinsinhalte das Ichbewußtsein verändert haben?

Nun, Lipps sagt einmal irgendwo ungefähr folgendes: Bewußtseinsinhalte sollen das Ich machen, in Wahrheit macht das Ich die Bewußtseinsinhalte. Sie alle gehören zur Machtsphäre des Ich, das, je nachdem es sie beachtet, erfaßt, apperzipiert oder ihnen seine Aufmerksamkeit verweigert, ihnen Dasein, Klarheit und Deutlichkeit gibt oder sie verblassen läßt und auslöscht. Das Ich besitzt den Inhalten gegenüber Spontaneität, beherrscht sie in gewissem Grade, macht sie dadurch zu „seinen" Bewußtseinsinhalten. Das Ich ist also nicht der Zusammenhang der Bewußtseinsinhalte, es ist vielmehr das, was diesen Zusammenhang schafft. Keiner Kategorie von Empfindungsinhalten gegenüber gelten diese Worte mehr, als gegenüber den „Organ-" und „Körperempfindungen". Ein großer Teil von ihnen geht aus meiner Tätigkeit unmittelbar hervor, ich rufe sie willkürlich ins Leben, kann sie willkürlich verändern. Ein anderer Teil stellt sich meinem Ich mehr hemmend in den Weg, so Hunger und Durst, Schmerz, Müdigkeit u. dgl. m. Man kann diesen Sachverhalt vielleicht auch so ausdrücken: ein Teil der Körperempfindungen bestätigt mir, daß ich will; die Muskeln spannen sich, die Brust wird frei und leicht u. dgl. Ein anderer lehrt mich, daß ich muß; ich muß dem Hungergefühl mit der Zeit Gehör schenken, den Durst befriedigen, der Müdigkeit nachgeben. Aber alle diese Körperempfindungsinhalte stellen sich in gewohnter, „normaler" Weise nur ein,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wenn das Ich in gewohnter Weise tätig ist. Sie sind ja, wie wir sahen, Folgen dieser Tätigkeit. Sie müssen sich verändern, abschwächen, ausbleiben, wenn die Betätigungsweise des Ich sich verändert, abschwächt, teilweise ganz unterbleibt. Daß dies bei den drei beschriebenen Kranken der Fall war, darüber läßt die schwere Störung des Ichgefühles, insbesondere des Spontaneitätsgefühles keinen Zweifel. So kommen wir durch eine genauere psychologische Betrachtung dazu, alle Störungen, über die unsere Kranken klagten, insbesondere aber auch die Störungen der Organempfindungen auf eine Störung des Gefühls-Ichs, des Tätigkeitsgefühles zu reduzieren.

In diesem oder doch diesem sehr ähnlichen Sinne haben sich in neuerer Zeit sowohl Strohmayer als auch Jung über gewisse somato- und autopsychische Störungen geäußert. In seiner Arbeit „über die ursächlichen Beziehungen der Sexualität zu Angst- und Zwangszuständen" (Journal f. Psych. u. Neur. XII) führt Strohmayer Fälle an, die örtlich und zeitlich genau orientiert waren, denen aber ihre eigene Person „so fremd" vorkam, die das Gefühl hatten, als handle und denke jemand anderes statt ihrer. Der eigene Körper, das Gesicht, die Stimme erschien fremdartig. Manche empfanden daneben das störende Unvermögen, Organempfindungen mit dem Ichbewußtsein zu verknüpfen. Gelegentlich aber stellte sich auch die Außenwelt ganz verändert dar. Es mangelte der Umgebung, oft ganz plötzlich, „die Bekanntheitsqualität". Diese Zustände waren stets mit höchster Angst verknüpft, oft war nicht zu entscheiden, „was früher da war, die Angst oder die Störung des Ichgefühles", auf die Str. die geschilderten Zustände zurückführt.

Jung seinerseits bezieht in seiner „Psychologie der Dementia praecox" (Halle 1907) die unsichere Wahrnehmung der Umgebung seitens Frühdementer, die „wie in einem Traume" zu leben scheinen und den Eindruck machen, als „fehle ihren Wahrnehmungen eine Nuance" oder als habe sie eine zuviel, direkt auf eine Störung des Tätigkeitsgefühles. Strohmayer's und Jung's Auffassung führe ich an, um zu betonen, daß beide die Störung in diesen Fällen ebenfalls als eine echt affektive betrachten, ihre klinischen Deutungen kann ich nicht ohne weiteres annehmen. Auch Loewenfeld sagt, daß diese Kranken, „wenn sie sich wie hypnotisiert oder somnambul fühlen, nicht das Schlafähnliche dieser Zustände, sondern lediglich den Mangel an Spontaneität in denselben im Auge haben. Sie sind unfähig geworden, ihr Ich als die Quelle ihrer Handlungen zu fühlen". Ich glaube, daß hiermit der Kernpunkt der Störung vollkommen aufgezeigt ist. Es scheint mir kein glücklicher Versuch, wenn Loewenfeld diese Störung des Ichgefühls hinwiederum aus einer „Unzulänglichkeit der apperzeptiven Leistungen und Erschwerung der Reproduktion" verständlich machen will und letzten Endes Angstzuständen und unterbewußten, gefühlsstarken Vorstellungskomplexen „einen wesentlichen Anteil an der Hervorrufung der Gefühle des Fremdartigen und Traumartigen, des Automatismus" zuweist.

Die Gründe, warum ich ihm bei seinem Bestreben, die Störung des Ich- bzw. Tätigkeitsgefühles usw. wiederum von anderen Störungen herzuleiten, nicht folgen möchte, sind sehr einfach: I. wir sehen diese Störungen nicht, während die Gefühlsstörung meines Erachtens klar zutage liegt. II. Wir können alle anderen Störungen ungezwungen aus dieser Gefühlsstörung ableiten, wie ich es oben gezeigt habe.

Es bleibt nun noch zu erörtern, welcher Krankheitsform die mitgeteilten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fälle angehören. Daß es ein und derselbe Boden sein wird, auf dem sie erwachsen, ist bei der erstaunlichen Gleichartigkeit der Bilder von vornherein anzunehmen. Hier in dieser Frage ist der kürzeste Weg der, die Überzeugung, die sich dem Schreiber allmählich aufgedrängt hat, zu bekennen und sie sodann zu begründen. Nun, ich meine, daß es sich um ungewöhnlich gestaltete Zyklothymien handelt. Dies will ich beweisen, 1. aus den Krankheitserscheinungen, 2. aus dem Verlaufe.

1. E. Kraepelin hat als die Grunderscheinung des manisch-depressiven Irreseins die periodenweise aus inneren Gründen wechselnde Hemmung und Erregung bezeichnet. Der Begriff ist angefochten worden, jedenfalls steht soviel fest, daß sich die Hemmung nicht immer und nicht in jedem Falle im äußeren Verhalten der Kranken ausdrückt, daß sie sich lediglich der Ichwahrnehmung offenbaren kann. Meistens führt die Erregung zu den Gefühlen der gesteigerten Kraft, zu gehobenem Selbstbewußtsein, gesteigerter Lebensfreude, allgemeinem Glücklichsein, die Hemmung aber zu Mutlosigkeit, Entschlußunfähigkeit, Schwächegefühl, zum Gefühl geistiger Armut, geistiger Trägheit, schweren Krankseins. innerer Leere häufig zu Angst. Mit der Erregung pflegt Betätigungsdrang einherzugehen, mit der Hemmung Ruhebedürfnis und ausgesprochene Gleichgültigkeit. Das sind autopsychische Störungen, die in unseren Fällen in ausgesprochener Weise vorhanden waren. Liegt nun einmal die Hemmung vorwiegend oder ausschließlich auf autopsychischem Gebiete, während das psychomotorische Gebiet von ihr frei ist, so läßt sich erwarten, daß gerade diejenigen Gefühle zurückgedrängt werden, in denen der Gesunde am unmittelbarsten die Aktivität seines Ichs erlebt, und an ihrer Statt Gefühle auftreten, die der Inaktivität des Ichs entsprechen. Letzteres könnte, gerade nach den vorhergehenden Ausführungen über das Wesen der Gefühle, als eine Contradictio in adjecto erscheinen. Jedoch muß man sich die Verhältnisse doch folgendermaßen denken: In der Norm besteht eine gewisse mittlere Leichtigkeit des psychischen Geschehens in allen seinen Gebieten. Dem entspricht das gesunde Ichgefühl: in allem was wir denken und tun steckt, für uns bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit vollkommen deutlich, unser Ich. Dasselbe drängt sich nicht vor, wie es bei den manischen Zuständen ist, dasselbe verbirgt sich nicht, wie es in den hier mitgeteilten Fällen geschieht. Die Hemmung, die in unseren Fällen auf dem Ich liegt, beschränkt sich im wesentlichen auf dessen eigenste Domäne, das Körperich ist so gut wie frei, auch die gewohnten einfachen Gedankenabläufe gehen verhältnismäßig ungestört vonstatten. Die Kranken wissen darum nichts von einem Widerstand, den ihrem Willen ihr Körper leistet und nichts von einem solchen, auf den die dem Willensentschluß vorhergehenden Überlegungen stoßen. Sie wissen nur, daß ihr Ich nicht mehr das alte, wollende, tätige, lebendige Ich ist. Diese Veränderung fühlen sie schon, wenn leichtere Willensakte vielleicht noch ganz gut ablaufen, wenn die Hemmung noch lange keine absolute ist, ja sie werden die Veränderung sogar gerade beim Bestehen leichter Hemmung fühlen müssen. Und da sie sehen, daß in ihrem Körper alles Mögliche geschieht, ihr wahres Ich aber als den Urheber nicht fühlen, so muß ihnen dieses Geschehen als gemacht, automatenhaft, traumartig erscheinen. Überlege ich das alles, so finde ich, daß die mitgeteilten Fälle den geradezu klassischen Ausdruck einer umschriebenen autopsychischen Hemmung repräsentieren.

2. Aus den soeben gemachten Überlegungen ist natürlich nur zu ent-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nehmen, daß die Kardinalsymptome der mitgeteilten Fälle als Hemmungswirkungen zu verstehen sind, nicht aber, daß diese Hemmung auf manisch-depressivem Boden erwachsen ist. Ob letzteres zutrifft, kann streng genommen nur der Verlauf des Leidens lehren. Derselbe war in den angeführten Fällen nur sehr bruchstückweise bekannt. Was aber bekannt wurde, das spricht für, nicht gegen die Annahme einer Zyklothymie.

Zum Verlauf im weiteren Sinne gehört auch das Verhalten der Erblichkeit: Juliusburger's Fall von „Pseudomelancholie" hatte mütterlicherseits einen Großvater, der „melancholisch" gewesen war und durch Selbstmord endete. Über das Nervenleiden der Tante mütterlicherseits und Geistesstörung eines Bruders und Vetters der Mutter ist leider genaueres nicht bekannt. Mein eigener Kranker hat seinen Erzählungen nach einen für gewöhnlich verdrossenen, hypochondrischen, dabei aber gelegentlich äußerst aufbrausenden und jähzornigen Vater.

Von den Kranken selbst hatte Juliusburger's eine Kranke im Jahre 1899 einen Depressionszustand durchgemacht und war Ende 1900 wieder melancholisch erkrankt. Seine andere Kranke hatte „ein eigentümliches Seelenleben wohl immer gehabt", empfand „unnatürlich tief", eine Rüge drückte sie als Kind „tief nieder", so daß sie „allen Lebensmut verlor und nichts aß, keine Lust zum Spielen, an nichts mehr Freude hatte". Dabei soll sie nach den Aussagen ihres Bruders ein „lebhaftes, auch heiteres Temperament" gehabt haben. An meinem eigenen Kranken lassen sich zweifellos zyklothymische Züge vor seiner jetzigen Erkrankung allerdings nicht nachweisen, jedoch hatte er schon frühe „mit Nerven zu tun", hatte eine lebhafte Phantasie, war ein Träumer und wurde schon als Knabe von Herzangst heimgesucht. Es sind das Erscheinungen, die mir gerade bei zyklothymen Psychopathen besonders häufig zu sein scheinen.

Am wichtigsten wäre es zweifellos, wenn sich nachweisen ließe, daß die fraglichen Zustände gleichzeitig mit sicher manisch-depressiven Veränderungen kommen und gehen. Diesen Nachweis vermag ich nun allerdings auf Grund des mir bis jetzt vorliegenden Materials nicht zu führen. Immerhin ist in den mitgeteilten Fällen von Schwankungen die Rede, die ganz analog den bekannten Stimmungsschwankungen der zyklothymen aufzutreten und wieder zu verschwinden scheinen. Loewenfeld's zweiter Kranker verlor das Gefühl des Fremdartigen und wurde später an seiner Stelle von einem mehrere Monate dauernden „Depressionszustand mit Zwangsvorstellungen" heimgesucht. In Loewenfeld's Fall V verlor sich das Gefühl des Traumhaften „mit dem Schwinden der übrigen Symptome". Diese aber waren die Erscheinungen einer Depression. Bei L. Fall X verloren sich die traumartigen Zustände mit der Besserung der „Hystero-Melancholie". Was man am lebhaftesten zu wissen wünschte, ob die merkwürdige Gefühlsstörung periodisch wiederkehren kann, ist aber leider nirgends vermerkt.

Merkwürdig, wenn es sich um eine auf dem Boden des Manisch-Depressiven erwachsende Störung handelt, ist der sehr chronische Verlauf in manchen Fällen, richtiger gesagt die lange Dauer der hauptsächlichen Symptome. Namentlich bei meinem Fall besteht das Leiden in seiner jetzigen Form seit mehr als drei Jahren. Ganz ohne Analogien im manisch-depressiven Gebiet ist diese Tatsache aber nicht, man braucht nur an die „konstitutionelle Verstimmung" zu denken.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bemerkenswert ist auch, daß bei keinem der bis jetzt mitgeteilten Fälle ein Ausgang beobachtet wurde, den nur eine Dementia praecox erklären könnte, an die ja sowohl Jung als Loewenfeld in manchen Fällen denken. Die da und dort vermerkten Stereotypien und anderen katatonischen Erscheinungen können nach unserem heutigen Wissen für sich allein die Diagnose Dementia praecox sicherlich nicht begründen.

Die Ergebnisse dieser klinischen Überlegungen zusammenfassend komme ich zu dem Schlusse, daß 1. nach dem klinischen Bilde die Annahme einer manisch-depressiven Grundstörung am meisten für sich hat,

2. aus dem Verlaufe diese Annahme vorerst zwar nicht streng zu beweisen, aber mit vielen Einzeltatsachen wahrscheinlich zu machen ist, während keine einzige Tatsache gegen sie spricht.

II. Bibliographie.

Hans Curschmann: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 977 Seiten mit 289 in den Text gedruckten Abbildungen. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1909. Preis gebunden M. 24.—.

Die gewaltigen Fortschritte, welche die Nervenheilkunde in den letzten Dezennien zu verzeichnen hat, machten eine Spezialisierung im Rahmen dieses Faches erforderlich, zumal dieses Gebiet auf eine ganze Reihe anderer medizinischer Disziplinen bzw. Grenzgebiete (Psychiatrie, innere Medizin, Bakteriologie, Serologie, Dermatologie usw., vor allem aber Chirurgie) übergreift. Die Bearbeitung dieses ungeheuren Stoffes durch eine einzige Person gehört daher schon jetzt schier zu den Unmöglichkeiten, vorausgesetzt, daß alle neuen Erfahrungen und Beobachtungen kritisch geprüft und abgewogen werden sollen. Daher war es ein guter Gedanke von Hans Curschmann, die einzelnen Abschnitte seines Lehrbuches von Autoren bearbeiten zu lassen, die durch eigene erprobte Arbeiten mitten in den Ergebnissen und in der Literatur des betreffenden Sondergebietes stehen. Unter diesem Gesichtspunkt ist es ihm auch gelungen, ein Werk von eigenartigem Gepräge (hinsichtlich der Einteilung und Abgrenzung des Stoffes) nicht zu seinem Nachteil, zu schaffen. Die Angabe des Inhaltes der einzelnen Abschnitte, auf die wir uns hier beschränken müssen, wird dies zeigen.

Im I. Abschnitt gibt G. Schönborn (Heidelberg) eine inhaltreiche Darstellung der „Allgemeinen Diagnostik der Nervenkrankheiten" (S. 1—68), im II. behandelt H. Steinert (Leipzig) die „Krankheiten der peripheren Nerven" (S. 69—165). In die „Krankheiten des Rückenmarkes" (Kapitel III) teilen sich M. Rothmann (Berlin), S. Schönborn (Heidelberg), Fr. Jamin (Erlangen), H. Schlesinger (Wien), R. Finkelnburg (Bonn) und L. R. Müller (Augsburg (S. 166—375). Die „Myopathien ohne nachweisbare Veränderung des Nervensystems" (Kapitel IV, S. 376—394), sowie die „Vasomotorischen und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

trophischen Erkrankungen" (Kapitel X, S. 830—894) hat der Herausgeber selber bearbeitet. Die „Krankheiten des Gehirns" im Abschnitt V konnten keine besseren Bearbeiter finden als H. Liepmann (Berlin), H. Starck (Karlsruhe), M. Lewandowski (Berlin) und R. Gaupp (Tübingen) (S. 395—656). Die Darstellung der „Organischen Nervenkrankheiten des Kindesalters" im VI. Kapitel wurde I. Ibrahim (München) (S. 657—713) übertragen. Die „Hyperkinetischen Erkrankungen" (Kapitel VII) haben eine vortreffliche Behandlung in F. Pineles (Wien) (S. 714—741) gefunden, desgleichen die „Psychasthenischen Zustände" (Kapitel VIII) in G. Aschaffenburg (S. 742—820). Die „Erkrankungen des sympathischen Nervensystems" im IX. Abschnitt hat L. R. Müller (Augsburg) (S. 821—829), die der „Intoxikationskrankheiten der Nerven" im XI. F. Quensel (Leipzig) (S. 895—914) übernommen. Eine vorzügliche Leistung wiederum finden wir in dem letzten XII. Kapitel über die „Operative Behandlung der Nervenkrankheiten" von F. Krause (Hamburg) (S. 915—949).

Wenngleich der eine Autor seinen Stoff eingehender, der andere ihn kürzer behandelt hat und man nicht immer mit den Ansichten übereinstimmen kann, so muß man doch zugeben, daß jeder Mitarbeiter sich bemüht hat, sein Bestes zu schaffen. Dabei ist den neuesten Forschungen, sowohl in klinischer, als besonders auch in pathologischer Hinsicht Rechnung getragen worden. Das ganze Werk, das für Studierende und praktische Ärzte geschrieben ist, in das sich aber auch der Nervenarzt mit Erfolg wird vertiefen können, macht einen guten Eindruck. Die Ausstattung, besonders die Bilderbeigabe, ist (abgesehen von einigen undeutlich ausgefallenen Porträts) eine vorzügliche.

Buschan (Stettin).

Buschan: Der Rechenkünstler Heinhaus. Archiv für Anthropologie, Bd. VIII, Heft 1 und 2. Verlag Vieweg & Sohn, Braunschweig, 1909.

Der Autor hatte Gelegenheit, den Rechenkünstler F. A. Heinhaus aus Elberfeld während dessen Aufenthalt in Stettin, wo er in den Zentralsälen allabendlich von seiner phänomenalen Gedächtniskunst Zeugnis ablegte, anthropologisch zu untersuchen. Heinhaus, gegenwärtig 61 Jahre alt, war das erste unter zehn Kindern seiner Eltern. Seine Mutter stammt aus einer Lehrerfamilie und war eine gute und sichere Rechnerin, besaß aber keineswegs ungewöhnliche rechnerische Fähigkeiten. Seine Vorfahren zeichneten sich zwar durch Langlebigkeit, aber nicht durch besondere Anlagen oder Fertigkeiten aus; dagegen besitzt eine seiner Töchter einen vierjährigen Sohn, der schon viel von Zahlen redet und träumt.

H., 1,77 m groß, macht einen durchaus gesunden und kräftigen Eindruck. Sein rechnerisches Talent machte sich bereits im neunten Lebensjahre geltend. H. widmete sich jedoch zunächst dem kaufmännischen Berufe und war 15 Jahre in einem Elberfelder Welthause als Buchhalter tätig. Erst im Jahre 1891 entsagte er, vielfachen Anregungen nachgebend, der kaufmännischen Tätigkeit, um sich ausschließlich der materiellen Ausnutzung seines Talentes zu widmen. Er hat seitdem seine Kunst nicht nur in zahlreichen Städten Deutschlands, sondern auch in außerdeutschen Ländern, selbst in Amerika, dem Publikum vorgeführt.

Die Untersuchung des Schädels, die durch Kahlköpfigkeit erleichtert war, ergab bei Heinhaus folgendes: „Der Schädel in allen seinen Teilen gut entwickelt und harmonisch gewölbt; daher erscheint er nahezu symmetrisch. Vor

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

allem fällt die hohe, senkrecht aufsteigende, angenehm gewölbte, dabei breite Stirn auf." Eine auffällige Erscheinung an dieser ist das Vorhandensein der von P. Möbius so gut charakterisierten „Stirnecke", die dieser Autor als den äußerlich sichtbaren Ausdruck des mathematischen Talentes deutete. Letzteres beruht nach Möbius auf einer angeborenen Anlage, die unabhängig von anderen Geistesfähigkeiten oder Sinnesschärfen ist. Als Sitz des mathematischen Talentes betrachtete Möbius eine umschriebene Stelle der Hirnrinde, und zwar am vorderen Ende der dritten Stirnwindung der linken Seite. Möbius wurde zu dieser Annahme durch die Beobachtung geführt, daß bei den mit besonderen mathematischen Fähigkeiten ausgestatteten Personen die „Stirnecke", d. i. der Ausläufer des Jochbeinfortsatzes des Stirnbeins, welcher das vordere Ende der dritten Stirnwindung umgibt, nach außen gerückt erscheint.

Buschan konnte sich durch eigene Untersuchungen von der Richtigkeit der Möbius'schen Beobachtung überzeugen. Neben der bedeutenden Entwicklung der Stirnecke findet sich nach Möbius noch eine andere Eigentümlichkeit bei Mathematikern als Folge der starken Entwicklung der in Frage stehenden Stirnwindungspartie. Die äußere Hälfte des Augenhöhlenrandes verläuft nicht wie beim Durchschnittsmenschen gebogen, sondern von der Austrittsstelle des Supraorbitalnerven bis zum äußeren Augenwinkel in einer mehr geraden Linie. Auch diese Eigentümlichkeit fand Buschan bei Heinhaus. Bezüglich der Schädelmaße bei H. stellte Buschan folgendes fest:

„Die größte Länge beträgt am Kopfe von H. 20 cm, die größte Breite 17,1 cm. Der Cephalindex stellt sich demnach auf 80,5. H. ist ein Kurzkopf. Die kleinste Stirnbreite beläuft sich auf 12,4 cm, die Jochbeinbreite auf 13,7 cm, die Gesichtshöhe (Nasionkinnrand) 12,7 cm. Der Horizontalumfang des Kopfes (vorn direkt über den Augenwülsten, hinten über der Protuberanz gemessen) stellt sich auf 60 cm. Der Sagittalumfang (Nasion bis zur hervorstehendsten Stelle des Hinterhauptes) 38 cm, der Querumfang (von einer Ohröffnung zur anderen) auf 38 cm."

Buschan versuchte auch nach den Vorschriften von Beddoe das ungefähre Hirngewicht und die Schädelkapazität von H. zu berechnen, und kam dabei zu dem Schlusse, daß bei H. ein Hirngewicht von 1424 g und eine Schädelkapazität von 1552 ccm anzunehmen ist; daß also H. in diesen Beziehungen über dem Durchschnitt steht.

Der Autor schließt mit dem Satze: „Der vorliegende Fall beweist aufs neue, daß hervorragende Geistestätigkeit eine Zunahme des Gehirns und dadurch auch des Schädels zur Folge hat." Diese Annahme dürfte vielfach auf Widerspruch stoßen. L. Loewenfeld.

J. Glax und S. Kurz: Verhandlungen des IV. internationalen Kongresses für Thalassotherapie. Abbazia, 28.—30. Sept. 1908. Berlin SW. 48, Allgem. Medizin. Verlagsanstalt, G. m. b. H., 1909. Preis M. 8.—.

Der im vorigen Jahre in Abbazia tagende IV. internationale Kongreß für Thalassotherapie bot ein reiches Arbeitsfeld, wovon die 438 Seiten umfassenden Verhandlungen Zeugnis ablegen. Die Hauptthemata der 22 Vorträge betrafen die Behandlung der Chlorose und Anämie, der Tuberkulose, der Frauen- und der Hautkrankheiten; von den verschiedensten Seiten wurde der Wert der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Thalassotherapie bei diesen Zuständen beleuchtet und ziemlich übereinstimmend in bestimmte Indikationen gefaßt.

Mit der Nervenheilkunde beschäftigten sich zwei Vorträge. Castiglioni sprach über „Indikationen und Kontraindikationen für Seereisen auf Hochseeschiffen“ und empfahl dieses Heilverfahren in erster Linie bei Neurasthenie, besonders eindringlich bei Schlaflosigkeit. Die Wirkung der Seeluft ist eine tonisierende und gleichzeitig beruhigende auf den Allgemeinzustand der Neurastheniker; sie begünstigt nicht minder die psychisch deprimierten Gemüter dieser Kranken. Sie bildet noch einen appetiterregenden Faktor; bei Atonie des Magens und des Darmes wirkt die Seeluft prompt wie ein Spezifikum. Ide ließ sich über „die beruhigende und erregende Wirkung des Nordseeklimas und die Methodik der Nordseeluftkur“ aus. Auch er betonte den eminent beruhigenden Einfluß der Seeluft auf das Nervensystem (bei Schlaflosigkeit, Neuralgie, Asthma), wies aber gleichzeitig auf ihre erregende Wirkung hin. Von äußeren Ursachen seien es vorzugsweise zwei Faktoren, die zur Überreizung führen, die stärkere Luftbewegung und die stärkere Lichtfülle an der See; dazu komme an der Nordsee noch die stärkere Wärmeabgabe. Man wird natürlich den klimatischen Reiz der Widerstandsfähigkeit des Kranken anzupassen haben; in der Bettruhe besitzen wir ein Mittel, durch das wir auch noch wenig widerstandsfähigen Naturen den Nordseeaufenthalt zugänglich machen können, um sie allmählich an stärkere klimatische Anforderungen zu gewöhnen. Von inneren Ursachen spielt bei der Überreizung die Ernährung eine Rolle.

Buschan (Stettin).

Julius Allmann: Zur Frage der Graviditätsmyelitis. Diss. Kiel, 1909. 18 Seiten.

Zusammenfassend sagt Verf.: Durch die Beobachtungen von Kast, von Hößlin, Rosenberger und Schmincke, sowie durch den in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Fall ist es im höchsten Grade wahrscheinlich gemacht, daß die Gravidität als solche eine Myelitis verursachen kann. Doch ist der ganz strikte Beweis für die Existenzberechtigung einer spezifischen Schwangerschaftsmyelitis noch nicht erbracht, da sich an sämtlichen Beobachtungen Zweifel geltend machen lassen. Soll in Zukunft die Frage der Existenzberechtigung der „Graviditätsmyelitis“ definitiv entschieden werden, dann müssen alle klinischen Untersuchungsmethoden angewendet werden und auf anatomischem Gebiete darf eine genaue mikroskopische Untersuchung des peripheren Nervensystems sowie der Nieren nicht unterlassen werden. Fritz Loeb (München).

III. Referate und Kritiken.

Organische Erkrankungen des Nervensystems.

John Paterson (Toledo, Ohio): The report of a peculiar case of meningitis in which treatment by antimeningococcic serum was attempted. (Medical Record, 1909, Bd. LXXVI, Nr. 2.)

Bericht über den Verlauf einer Meningitis — die Anwesenheit von Diplococcus intracellularis war im Liquor spinalis festgestellt worden — bei einem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

10monatigen Kinde. Es wurde Antimeningokokkus-Serum von Dr. Simon Flexner eingespritzt, und zwar, da infolge der starken Auflagerungen im Rückenmarkskanal intraspinal nichts injiziert (auch nichts vom Liquor mehr abgezogen) werden konnte, subkutan unter die Haut des Rückens. Das Kind starb 6 Stunden nach der Injektion. Sektion wurde gemacht und wird in dem vorliegenden Berichte beschrieben.

Aus den einleitenden Bemerkungen erscheint mir wichtig, das Ergebnis der Injektion von Flexner'schem Serum in 393, bakteriologisch als Meningitis diagnostizierten Fällen hier mitzuteilen.

Alter	Zahl der Fälle	Geheilt	Davon gestorben	Mortalität
unter 1 Jahre	22	11	11	50 %
1—2 „	19	11	8	42 %
2—5 „	68	52	16	23,5 %
5—10 „	79	70	9	11,4 %
10—20 „	105	80	25	23,8 %
über 20 „	87	64	23	26,4 %
nicht angegeben	13	7	6	46,1 %
am 1.—3. Tage injiziert .	123	107	16	16,5 %
zwischen 4—7 Tagen „ . .	126	96	30	23,8 %
später als am 7. Tage „ . .	112	73	39	35 %

Es wurde also in 75 % eine Heilung erzielt, in 25 % trat der Tod ein. Der Erfolg war besser, wenn möglichst frühzeitig eingespritzt wurde.

Buschan (Stettin).

Raecke: Traumatische Meningitis purulenta ohne äußerliche sichtbare Verletzung.

(Ärztl. Sachv.-Ztg., 1909, Nr. 1.)

Ein Arbeiter starb drei Tage nach einer Kopfverletzung, bei der die Haut nicht verletzt wurde, unter den Erscheinungen einer Meningitis. Bei der Sektion fand man eine akute eitrige Meningitis; deren Erreger waren Pneumokokken. Ein Lungenlappen bot vermehrten Blut- und Saftgehalt. Nach dem Gutachten von R. ist mit hoher Wahrscheinlichkeit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Tod anzunehmen. Schultze.

G. Henderson und W. T. Ritchie: Gonococcal Meningitis.

(Review of Neurol. and Psychiatry, Bd. VII, Nr. 2, 1909.)

Mitteilung eines Falles von Meningitis cerebrospinalis, der durch Gonokokken-Infektion hervorgerufen war. Ausgang in Heilung. Abraham.

L. Rehn: Über Rückenmarksanästhesie.

(Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. XIX, 1909, S. 806.)

Kritische Zusammenfassung dessen, was von unseren Kenntnissen über die Vorgänge bei der Lumbalanästhesie für die praktische Verwendung der Methode wichtig ist. G. Liebermeister (Köln).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Southard and Richards: Typhoid meningitis: cultivation of bacillus typhosus from meninges and mesenteric lymph node in a case of general paresis, with note on experimental typhoid meningitis in the guinea-pig.

(The Journ. of Med. Research., Bd. XIX, Nr. 4.)

Ein typischer Fall von Taboparalyse starb an Bronchopneumonie und purulenter Zerebrospinalmeningitis. Aus der letzteren, sowie aus einer geschwollenen Mesenterialdrüse ließen sich Typhusbazillen in Reinkultur züchten. Im Darm fanden sich keine Anzeichen von Typhus; auch im Blut ließen sich die Bazillen nicht nachweisen. — Das meningeale Exsudat enthielt zahlreiche polynukleäre Leukozyten, so daß es scheint, als ob der Typhusbazillus in den Meningen direkt pyogen wirken kann; experimentelle Untersuchungen an Meerschweinchen bestätigten diese Vermutung. Kölpin.

H. Klose und H. Vogt: Experimentelle Untersuchungen zur Spinalanalgesie.

(Mitteil. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. XIX, 1909, S. 737.)

Zunächst zeigen Verff. in Ergänzung und Erweiterung der Versuche von Propping, daß eine intensive aktive Strömung des Liquor cerebrospinalis besteht und das Gifte intra vitam innerhalb kürzester Zeit sich im ganzen Subarachnoidealraum verbreiten. Sodann wurde festgestellt, daß die zur Lumbalanästhesie verwandten Gifte relativ lange im Subarachnoidealraum bleiben. Nach 6 Stunden gibt das Blut von mit Tropakokain injizierten Tieren eine schwache positive Reaktion, nach 9 Stunden sind noch Spuren im Liquor nachzuweisen; die Ausscheidung durch den Harn ist nach 20 Stunden beendet, während das Alkaloid nach 16 Stunden nicht mehr im Blut nachweisbar ist. Ähnlich verhalten sich Novokain und Stovain, nur daß die Zeiträume noch größere sind; die Novokainausscheidung ist nach 40 Stunden, die Stovainausscheidung nach 48 Stunden beendigt. Weiter untersuchen die Verff. die pathologisch-anatomischen Veränderungen, wobei sie zu ähnlichen Resultaten kommen wie Spielmeyer. Bei niedrigen Giftdosen boten die kurz nach der Injektion getöteten Tiere keine Veränderungen. Die mehrere Tage bis einige Wochen nach dem Eingriff getöteten Tiere zeigten chromolytische Veränderungen der Ganglienzellen, außerdem Veränderungen, die, wie es scheint, nichts mit diesen chromolytischen Veränderungen zu tun haben; sie führen zu Aufblähung der Zelle mit Achromatose. Mit Hilfe der Marchi-Methode ließen sich nach 10 bis 21 Tagen Degenerationen in den Randpartien des Rückenmarks und in den Hintersträngen nachweisen. Endlich wurde gezeigt, daß intramedulläre Einspritzungen auch sehr kleiner Giftmengen außerordentlich schwere Folgen haben, die nicht auf dem mechanischen Insult, sondern auf spezifischer Giftwirkung beruhen.

G. Liebermeister (Köln).

Byrom Bramwell: Post-mortem findings in a case of pseudohypertrophic paralysis; artefact of spinal cord.

(Edinburgh Med. Journ., Juli 1909.)

Typischer Fall von progressiver Muskeldystrophie. Einige Muskeln, die Infraspinati, Triceps, die Waden- und Gefäßmuskulatur waren verdickt, wurden aber im weiteren Verlauf des Leidens ebenfalls atrophisch. — Die mikro-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

skopische Untersuchung ergab die bekannten Bilder. Das Rückenmark zeigte eigentümliche Querschnittsveränderungen, die aber als Artefakte anzusprechen sind. — Der Arbeit ist eine Reihe guter Abbildungen beigegeben.

Kölpin.

Coulter: A second attack of general postdiphtheritic paralysis occurring after an interval of two years.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Juni 1909.)

Mitteilung eines Falles von ausgedehnten sensiblen und motorischen Lähmungen nach Diphtherie. Nach zwei Jahren neuer leichter Anfall von Diphtherie und im Anschluß daran wiederum ausgedehnte Lähmungen. Heilung.

Kölpin.

Rosenfeld (Berlin): Zur Behandlung der Tabes dorsalis.

(Mediz. Klinik, 1909, Nr. 30.)

Im Anschluß an den in Nr. 21 der Mediz. Klinik von Müller in Berlin veröffentlichten, in dieser Zeitschrift referierten Artikel, in dem über günstige Erfolge mit Thiosinamin-Einspritzungen bei Tabes berichtet wurde, teilt R. mit, daß er zwei (anscheinend fortgeschrittene) Fälle mit je 36 Injektionen ohne jeden Effekt behandelte und verhält sich gegen den Wert der Methode skeptisch. In einer Bemerkung zu diesem Artikel fordert Müller nochmals zur Nachprüfung des von ihm bewährt befundenen Mittels, das sich anscheinend nur für frischere Fälle eignet, auf. Liebetrau (Hagen i. W.).

P. L. Ladame: Über posttraumatische spinale Amyotrophie.

(Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte, 1909, Bd. XXXIX, Nr. 16, S. 560—561.)

Ein 40jähriger Mann ohne erhebliche Belastung und ohne erworbene Prädisposition fällt rückwärts auf die linke Seite. Ausgedehnte Ekchymosen. Ohne auszuruhen setzt er hinkend seine Arbeit fort. Vier Monate darauf stellen sich die ersten Anzeichen einer Muskelatrophie in der Gruppe der Peronei des rechten Beines ein. Schlaffe Lähmung, keine spastischen Erscheinungen. Das linke Bein wird ungefähr nach einem Jahre ebenfalls ergriffen. Schlaffer Fuß, Stepperschritt, sichtbare Atrophie der Peroneusgruppe rechts mit partieller EAR. Fibrilläre Zuckungen, nicht erhöhte Sehnenreflexe, kein Fußklonus, kein Babinsky; die Wadenmuskeln erhalten. Schlaffe progressive Paraplegie. $1\frac{1}{4}$ Jahr nach dem Unfall fängt auch die rechte Hand an, schwächer zu werden und abzumagern, weitere Wochen darauf auch die linke Hand. Schließlich zeigen sich auch bulbäre Erscheinungen (Anarthrie, Schlingbeschwerden usw.). Zurzeit besteht das ausgeprägte Bild einer Lateralsklerose. Ausgesprochene spastische Erscheinungen an den Extremitäten (Kontraktur des rechten Armes, Erhöhung der Sehnenreflexe), fibrilläre Zuckungen in den atrophischen Gliedmaßen, Masseterenklonus; Muskelatrophie hat sich auf den Hüftgürtel und den Schultergürtel ausgedehnt. Alle Sensibilitätsqualitäten sind intakt, ebenso die Sphinkterenfunktionen. Da der Mann bis zur vollständigen Erschlaffung gearbeitet, die unfähig gewordenen Glieder also ohne Ausruhen in Anspruch genommen hat, so hält Ladame den vorliegenden Fall für eine Bestätigung der Aufbrauchstheorie Edinger's.

Der vorstehende Fall verdient Beachtung vom forensischen Standpunkt: Mendel hat 9 Fälle von amyotrophischer Lateralsklerose nach Unfall zusammenbringen können. Buschan (Stettin).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H. Shiota: Über die tuberkuloiden Veränderungen der peripheren Nerven bei Lepra nervorum.

(Mitteil. aus d. Grenzgeb. der Mediz. u. Chir., Bd. XIX, 1909, S. 553.)

Es gibt Leprafälle, bei denen lange Zeit Flecke und Hauteruptionen fehlen und zuerst motorische Störungen auftreten. In Japan findet man nicht selten bei Lepra an den Nerven fluktuierende Geschwülste, deren histologischer Bau von Tuberkulose nicht zu unterscheiden ist. Die Fälle kommen nach Auskratzung resp. Exstirpation häufig zum Stillstand oder zur Heilung. Es werden sechs derartige Fälle beschrieben. G. Liebermeister (Köln).

Leopold: Sacral tabes. A case with necropsy.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, April 1909.)

Bei dem von L. mitgeteilten Falle von Tabes waren trotz sonst sehr ausgeprägter tabischer Symptome die Patellarreflexe erhalten. Die mikroskopische Untersuchung ergab Degeneration der hinteren Wurzeleintrittszone im Sakralmark bis hinauf zum 4. Lumbalsegment; von da ab waren nur noch die Goll'schen Stränge degeneriert. Kölpin.

Waterman: Facial paralysis: a study of three hundred and thirty-five cases.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Februar 1909.)

Übersicht über 335 Fälle der neuritischen Form der Fazialislähmung. In bezug auf die Ätiologie (Erkältung) ließ sich eine auffallende Häufung von Erkrankungen in der kalten Jahreszeit nicht nachweisen. Nach dem 60. Jahr wird die Fazialislähmung erheblich seltener. Die von anderer Seite ausgesprochene Vermutung, daß Fälle, die galvanisch behandelt worden sind, zum Auftreten sekundärer Kontrakturen neigen, konnte Verf. nicht bestätigen. Kölpin.

Alfred Fuchs (Wien): Die Therapie bei Trigeminusneuralgie.

(Mediz. Klinik, 1909, Nr. 29.)

Übersicht über unser jetziges therapeutisches Rüstzeug gegen die Trigeminusneuralgien: Galvanisation, eventuell mit Kataphorese, Faradisation, die mit starken Strömen arbeiten kann, Arsonvalisation, die ebenso wie mangnetelektrische Ströme wohl nur suggestiv wirken, medikamentöse Behandlung, bei der vor allem das Akonitin besprochen wird (am empfehlenswertesten sind die Mousset'schen Pillen) und in der großer Wert auf abführende Kuren gelegt wird, und schließlich die operativen Verfahren (Injektionen, Neurotomie, Neurektomie, Neuroexazrese), die häufig deswegen versagen, weil der Schmerz vielfach jenseits des Ganglion Gasseri intrazerebral entsteht, ohne daß wir zurzeit Mittel haben, diese Fälle von jenen zu sondern, wo er peripher lokalisiert ist.

Liebetrau (Hagen i. W.).

V. Christiansen (D.): Hjärnetumons. Forsög poa Fjärnelse.

Kasuistische Mitteilung. Obschon sich der Gehirntumor in beiden Fällen recht gut lokalisieren ließ, erwies sich doch seine Entfernung als unmöglich. Beide Patienten starben. Die Mitteilung erläutert die noch immer sehr schwere Differentialdiagnose zwischen extra- und intrazerebralen Tumoren.

A. Wimmer.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Cesare Lombroso †.

Es ist eine etwas auffallende Erscheinung, daß die Persönlichkeit des in den letztvergangenen Oktobertagen von uns geschiedenen Cesare Lombroso, für sich genommen, bei seinen Lebzeiten im Verhältnis zu seiner Bedeutung nur in geringem Maße Gegenstand des Interesses seiner Epoche gewesen ist. Es ist möglich, daß dies zum überwiegenden Teile damit zusammenhängt, daß viele seiner Behauptungen sehr allgemein unmittelbar eine so ausgesprochene Stellungnahme zur Sache hervorriefen, daß der Autor selbst dabei gewissermaßen sogleich wieder vergessen wurde. Heute, da er nicht mehr ist und der Streit der Meinungen zunächst verstummt, wird man vielleicht eher geneigt sein, der Individualität des Meisters Beachtung zu schenken, die so mächtige Fernwirkungen auf die verschiedensten Wissenschaften, auf viele Gebiete des öffentlichen Lebens, auf die Kunst, ja auf die gesamte moderne Weltanschauung auszuüben vermochte.

Cesare Lombroso war am 10. Januar 1836 in Verona geboren. Seine Mutter war eine feinsinnige Frau von außergewöhnlichen Gaben des Herzens und des Geistes. Das Kind war ungemein frühreif. Mit vier Jahren hatte es fast von selbst lesen gelernt. Statt Bilderbücher las es Plutarch's Lebensbeschreibungen. Im Alter von zwölf Jahren verfaßte der Knabe bereits eine größere, durchaus originelle Studie über die römische Republik, die zwei Jahre später veröffentlicht wurde, und kurze Zeit darauf verschaffte ihm eine geschickte Bücherbesprechung die Bekanntschaft des Arztes und Philologen Paolo Marzolo, der sich damals besonders mit linguistisch-entwicklungsgeschichtlichen und linguistisch-ethnologisch-psychologischen Problemen beschäftigte (gest. 1860 als Professor der Philologie in Pisa) und dem Lombroso zahlreiche verschiedenartige Anregungen verdankte, die später zum Teil für die Ausgangspunkte seiner Forschungsrichtung von Wichtigkeit wurden. Von 1853 an studierte Lombroso Medizin, zuerst in Padua, dann in Wien und Pavia. 1859 wurde er Militärarzt, er machte den Feldzug mit, nahm aber 1864 seinen Abschied. In der letzten Zeit seiner militärärztlichen Tätigkeit hatte er bereits in Pavia Vorlesungen über Psychiatrie gehalten. Er wurde nun Primärarzt an der dortigen Irrenanstalt und wurde im folgenden Jahre zum Professor der Psychiatrie und Direktor der Irrenanstalt in Pavia ernannt. Ende der sechziger Jahre leitete er einige Zeit die Irrenanstalt in Pesaro, die damals neu organisiert werden sollte, kehrte aber dann nach Pavia in seine Stellung zurück. Hier verblieb er bis 1876. In diesem Jahre erhielt er die Professur für gerichtliche Medizin in Turin, später auch die Oberleitung des ärztlichen Dienstes am Gefängnisse und wiederum die Professur für Psychiatrie. Von dieser letzteren trat er vor einigen Jahren wieder zurück. Am 19. Oktober ist er, nachdem er bereits einige Zeit unter Anzeichen sich steigernder physischer Seneszenz gekränkelt hatte, einer Synkope erlegen. Sein Leichenbegängnis gestaltete sich zu einer imposanten Kundgebung.

Lombroso's Leben ist so reich an Errungenschaften gewesen, daß es gut ist, will man einen Überblick darüber gewinnen, diese etwas zu sichten.

Lombroso's eigentliche klinische Leistungen als Psychiater sind gekennzeichnet besonders durch seine Arbeiten über den Kretinismus und über die Pellagra.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hinsichtlich des ersteren, dem er am frühesten eingehendere Untersuchungen widmete (Ricerche sul cretinesimo in Lombardia, 1859, ferner Ricerche sul cretinismo endemico in alcuni punti della Liguria, 1865), betonte er seine Abhängigkeit von tellurischen Schädlichkeiten und seine Wechselwirkung mit den Entartungen der Schilddrüse. Auch untersuchte er die Kretinösen besonders eingehend anthropologisch und morphologisch, namentlich speziell auch kraniologisch. Die kraniologischen Normen wendete er überhaupt mit Vorliebe auch für seine klinische Betrachtungsweise an, und hierin besteht zum großen Teile auch der neue, auffrischende Einfluß, den Lombroso's Auftreten auf die gesamte Psychopathologie, ausgeübt hat. Die Kraniologie hat er dabei so recht eigentlich erst wieder in Schwung gebracht. Freilich ist zuzugestehen, daß er sich klinisch hier nicht selten über Gebühr in Einzelheiten verlor.

Auf seinem eigentlichen Gebiete fiel ihm noch mancher gute Gedanke, manche ausgezeichnete Beobachtung zu. Er konstruierte einen elektrischen Algometer, der namentlich in Italien und später bei seinen eigenen psychophysiologischen Untersuchungen in der Degenerationslehre vielfach Verwendung fand; er sah die Akromegalie, die er Makrosomie nannte; er führte in großem Umfange die Beschäftigungstherapie in den von ihm geleiteten Anstalten ein, er kultivierte eine vollendete Psychotherapie. Wir besitzen von ihm eine große Reihe speziell klinischer Abhandlungen meist über Einzelbeobachtungen aus der Psychiatrie und Psychopathologie (einiges hiervon ist auch in deutscher Übersetzung erschienen); ein zusammenfassendes Lehrbuch über sein engeres Gebiet hat er jedoch nicht abgefaßt. Dagegen hat er mehrere grundlegende Werke über die gerichtliche Medizin geschrieben, die allerdings außerhalb Italiens nur wenig bekannt geworden sind (La medicina legale delle alienazioni mentali studiata col metodo sperimentale, 1865; La medicina legale del cadavere, 1877 und viele Neuauflagen, La perizia psichiatrico-legale coi metodi per eseguirla e la casuistica legale, 1905).

Der große Schmerz in Lombroso's Leben war sein Kampf gegen die Pellagra.

Das beträchtliche Material an Pellagrapsychosen in Pavia und Pesaro brachte es mit sich, daß Lombroso sich mit diesen Erkrankungsformen besonders befassen mußte. Bereits 1840 hatte Balardini die Vermutung ausgesprochen, daß die Krankheit in der Entstehung mit dem Maisgenusse zusammenhinge. Es wurde Lombroso jetzt im Laufe seiner Beobachtungen immer wahrscheinlicher, daß diese Vermutung begründet sei und daß die Pellagra auf einer chronischen Vergiftung durch eine unbekannte chemische Noxe des verdorbenen Maises beruhe. Zuletzt versuchte er sich experimentell Gewißheit zu verschaffen und es gelang ihm, bei Hühnern charakteristische Intoxikationserscheinungen hervorzurufen. Er trat nun mit seinen Beobachtungen hervor, stieß aber damit sogleich auf den hartnäckigsten und teilweise leider sehr unwürdigen Widerstand beinahe aller an der Frage beteiligten Kreise. Man zog seine bona fides in Zweifel, erklärte seine Versuchstiere für dressiert und behauptete, er habe chemisch differente Zusätze gemacht. Lombroso's Ansehen und Stellung erlitten durch diese Verleumdungen die schwerste Einbuße; allenthalben begegnete er unverhohlener Geringschätzung und Feindseligkeit, seine große Privatpraxis verminderte sich erheblich. Dennoch ließ er nicht nach, er widerlegte alle Einwürfe mit äußerster Zähigkeit, schrieb eine förmliche Bibliothek über die Pellagra, vom monumentalen Lehrbuche an bis zu populär in Dialogen gehaltenen Flugschriften für die Bauern, bis der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

letzte wissenschaftliche Zweifel behoben, der letzte tendenziöse Einwand zurückgewiesen war. Dieses jahrelange Ringen, zugleich ein Kampf um seinen ehrlichen Namen, ist jedoch nicht spurlos an ihm vorübergegangen. Er war zwar zu großmütig, als daß er Groll gegen irgend jemanden bewahrt hätte, — in vieler Beziehung hat ihn diese Feuerprobe sogar gestählt, und es ist gar kein Zweifel, daß ohne die Drangsal dieses Sturmes niemals der unerschrockene Vorkämpfer für noch gewichtigere Wahrheiten aus ihm geworden wäre, — aber es war doch bitter genug gewesen, und den trüben Zeiten, die ihm in Pavia beschieden waren, ist es beizumessen, daß er sich schließlich so sehr sehnte, diesen Wirkungskreis zu verlassen.

Lombroso's für alle Zeiten unvergängliche hauptsächliche Verdienste, seine bahnbrechenden Untersuchungen auf dem Gebiete der Degenerationslehre und seine Standardwerke über den genialen und verbrecherischen Menschen sind heute überall bekannt. Auf dieser ihm ganz eigentlich persönlich zugehörigen wissenschaftlichen Domäne sind seine Studien über das Genie am frühesten aufgegangen. Schon 1855 veröffentlichte er einen Aufsatz über die Geisteskrankheit des Cardanus, dessen Psychologie und Psychopathologie zu einem seiner Lieblingsujets wurde und auf den er später immer wieder zurückkam. Einige der Hauptergebnisse seiner Untersuchungen und Vermutungen über das Wesen des Genies trug er zuerst 1864 bei Gelegenheit seiner Antrittsvorlesung als Professor der Psychiatrie in Pavia zusammen. Sie bildeten den Kern seiner späteren Arbeit „Genie und Irrsinn". Den reifsten Ausdruck fand seine Lehre über das Genie übrigens nicht in dem am bekanntesten gewordenen „Uomo di Genio" und dessen Ergänzungen, sondern in den 1902 erschienen „Neuen Studien über das Genie" und „Über Entstehungsweise und Eigenart des Genies", die nachmals auf Möbius' Wunsch von mir für „Schmidt's Jahrbücher" übersetzt worden sind (Band 290—294). Mit seinen Lebensbildern der hervorragendsten Menschen, einem Denkstoff, der ihn schon in den frühesten Lebensjahren leidenschaftlich erfaßt hatte, als er als vierjähriges Kind die Vita des Plutarch las und auswendig lernte, ist Lombroso der eigentliche Begründer der Pathographie geworden.

Im Gegensatz zu seinen Forschungen über das Genie sind seine Studien über das Verbrechertum erst ziemlich spät entstanden. Der Begriff des Atavismus hatte ihn zwar früher schon wiederholt beschäftigt, wie aus seinem noch von Marzolo inspirierten und diesem gewidmeten, übrigens erst nach längerer Zeit erschienenen Jugendwerke „L'uomo bianco e l'uomo di colore" hervorgeht, in welchem er entwicklungsgeschichtlich-deszendenztheoretische Erörterungen in weitem Umfange bereits zu einer Zeit anstellte, als Darwin mit seinen Resultaten eben hervortrat. Doch erhielt er seine eigentliche Direktive erst infolge der Autopsie des kalabrischen Briganten Viletta im Jahre 1871, bei der er die „mittlere Hinterhauptsgrube" entdeckte, eine Anomalie, die in der Phylogenese erst bei den Nagern physiologisch wird. Ähnlich wie auf Galilei der Anblick der im Dom zu Pisa im Winde hin und her schwingenden heiligen Lampe so nachhaltig wirkte, daß sich an diesen Eindruck die Auffindung der Pendelgesetze anschloß, so schlug die Wahrnehmung der erwähnten Abnormität in Lombroso's Intellekt so heftig durch, daß sich ihm von diesem Moment ab ein ganz neuer Bereich von Entdeckungen eröffnete, aus dem alsbald seine Kriminalanthropologie hervorwuchs. Sie verwies ihn fast unmittelbar auch auf die psychopathologischen und psychologischen Wurzeln des Verbrechens.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die erste systematische Zusammenstellung über diesen Gegenstand erschien 1876 („L'uomo delinquente," 1. Band). Sie brachte als vorläufige Frucht seiner Untersuchungen die Lehre vom „Criminale nato". Wie Lombroso später auch den Leidenschafts-, den Gelegenheitsverbrecher, den „Kriminaloiden" und den geisteskranken Verbrecher sensu strictiori in den Kreis seiner Betrachtung zog, wie er seine Theorien später modifiziert und ausgebaut hat, zeigen seine Weiterführungen über den „Uomo delinquente", seine Werke über das „Weib als Verbrecherin", über „Die Ursachen und die Bekämpfung des Verbrechens", seine wiederholten umfangreichen supplementären Nachträge und eine weitere große Reihe teils stattlicher Monographien, sowie eine Fülle von Einzelabhandlungen über die Nosologie, Psychologie, Physiologie, Ethnologie, Biologie und Geschichte des Verbrechens und vieler seiner besonderen Unterarten.

Nachdem Lombroso die früher üblichen Arten der Maßnahmen gegen den Verbrecher in ihrer Wirkungsweise als unzureichend erkannt und hingestellt hatte, legte er einen besonderen Wert auf die Vorbereitung neuer wissenschaftlich und erfahrungsgemäß begründeter Methoden zur Beseitigung und Einschränkung der Kriminalität, und durch diese eminent philanthrope Arbeitsleistung hat er sich den größten Kulturaposteln zugesellt.

Mit vorstehender Übersicht über seine hauptsächlichen Arbeitsgebiete ist Lombroso's Tätigkeit bei weitem nicht erschöpft. Er hat noch vielerlei Werke geschrieben, von denen manches allein genügen würde einen Ruf zu begründen, womit übrigens nichts über ihre Bedeutung im allgemeinen gesagt sein soll, besonders da zugestanden werden muß, daß es sich hier um qualitativ sehr ungleichartige Produkte handelt. Erinnert sei hier an sein Buch über die Effekte des Klimas und Wetters auf die gesunde und kranke Psyche („Pensiero e Meteore", 1870), an seine „Graphologie" (1895), an seine Arbeiten über den Antisemitismus, über den Alkoholismus. Wiederholt hat er sich ausführlicher auch mit historischen Vorwürfen beschäftigt, so mit den Anfängen Venedigs und mit den Vorbedingungen seiner Größe, mit den Tribunen des Mittelalters. Dazu kommt endlich noch eine große Reihe von Einzeldarstellungen aus den verschiedensten Gebieten, die mit seinen besonderen Forschungen und Erfahrungen in Verbindung standen. Er schrieb über die Hymenopteren und über den Buckel der Kamele und Zebus, über die Hygiene der alten Ägypter und über die Psychologie der amerikanischen Milliardäre, über das heutige Italien und über die Negerfrage. In dem meisten, was er literarisch berührte, brachte er neue, oft belangreiche, nicht selten drastische Gesichtspunkte zur Darstellung.

In den siebziger Jahren gründete er seine Zeitschrift „Archivio di Psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale", heute noch ein Hauptorgan nicht nur für alle Fragen der Degenerationstheorie, sondern auch für die psychiatrische Wissenschaft Italiens.

Besondere Verdienste erwarb er sich ferner durch die Begründung der kriminalanthropologischen Kongresse und durch die Anlegung seiner großen Sammlungen aus fast allen Gebieten der neuen Kriminalwissenschaft; an der Gesetzgebung seines Heimatlandes, soweit sie das Irrenwesen betraf, hat er direkt großen Anteil gehabt.

Lombroso war mit den meisten wichtigen Kultursprachen vertraut; auch die antiken und verschiedene orientalische Sprachen waren ihm geläufig. Seine starke philologische Ader bildete ein für seine gesamte Entwicklung sehr wichtiges

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Moment. Sie eröffnete ihm unmittelbar die Weltliteratur, und in dieser das wesentliche und namentlich das, was ihm diente, herauszufinden, darin besaß er großes Geschick. Seine Belesenheit suchte ihresgleichen. Hinsichtlich der Zitate in seinen Schriften sind ihm im Auslande öfter Vorwürfe gemacht worden, man muß aber nicht vergessen, daß diese in seinen in fremden Sprachen erschienenen Werken meist mindestens einmal zurück, oft aber durch mehrere Sprachen hindurch übersetzt waren und daß sich namentlich die abstrakten Begriffe der einzelnen Idiome durchaus nicht decken. Den Ausdruck handhabte er in seiner Muttersprache und im Französischen mit Leichtigkeit, seine Darstellungsart ist fast ausnahmslos temperamentvoll und fesselnd, seine Diktion nicht immer zu rühmen. Bemerkt sei noch, daß er sich in früheren Jahren im Italienischen mit Erfolg auch als Dichter und Novellist versucht hat.

Lombroso's wissenschaftliche Anschauungsart war charakterisiert durch eine der merkwürdigsten und glücklichsten Antithesen: einmal besaß er die Anlage zur minutiösen Einzelbeobachtung und einen mächtigen Trieb, solche Einzelbeobachtungen anzustellen und aufzustapeln; daher sein gewaltiger Sammeleifer und der Hang, immer neue Erscheinungsreihen aus allen Gebieten systematisch zu verarbeiten. Auf der andern Seite verfügte er über eine erstaunliche Fertigkeit, aus dieser Überfülle von Details weitgreifende, oft kühne allgemeine Folgerungen zu ziehen, welche sich gern in der Richtung genereller großer Kulturprobleme bewegten. Die Anlage war trefflich und selten, aber das Heterogene machte sich zuweilen bemerklich und im ganzen gewann die kombinatorische Gabe leicht zu sehr die Oberhand. Seine frühgereifte, einheitliche naturwissenschaftliche Denkweise hatte ihm zu einer Zeit, als der Evolutionsgedanke noch neu war, bereits die Ergebnisse dieses Forschungselements vermittelt, das er bereits virtuos beherrschte, als es andern Fachleuten noch als Kuriosum galt. In der gewohnheitsmäßigen konsequenten Art der Anwendung des Entwicklungsgedankens auch auf die nebensächlichsten Erscheinungen auf allen Gebieten der Biologie und Morphologie liegt die große Stärke seiner Lehre. Der Evolutionsgedanke war bei Lombroso sehr verfeinert, im kleinsten dachte, sah er evolutiv. Viele seiner Behauptungen erscheinen uns deshalb belanglos, manchmal fast als eine Spielerei. Mögen sie aber für unsere Interessen immerhin gleichgültig oder selbst wertlos sein, so bleiben sie doch trotzdem richtig. Daß uns solche Gedankengänge übrigens wunderlich vorkommen können, beweist nur, wie fremd uns der Entwicklungsgedanke heute immer noch ist, wie wenig geschickt wir gegenwärtig im evolutiven Denken noch sind. Je vertrauter uns dieses wird, um so leichter verständlich wird uns Lombroso.

Lombroso's ausschließlich naturwissenschaftlich-biologische Schulung brachte es mit sich, daß er eine große Scheu vor allen metaphysischen Fragen hatte. Er wurde jedesmal schlecht gelaunt, wenn von Metaphysik die Rede war, und er warnte vor solchen Überlegungen. Einen Philosophen konnte man ihn daher nicht nennen, obgleich er dies vielleicht hin und wieder lieber gehört hätte, als manches andere. Daß er übrigens, ohne es zu bemerken, im Grunde dennoch ein artiges Stück Metaphysik beherbergte, geht z. B. aus seinen Ausführungen über die Konvergenzerscheinungen der Organismen ziemlich deutlich hervor (L'atavismo e le legge di convergenza degli organi nelle razze e nelle specie, Rivista di Scienze biologiche, 1899). Diese Ignorierung des nicht unmittelbar durch die Erfahrung Gegebenen rächte sich, wie es scheint, indem er in späterer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeit gewissen eigenartigen Einflüssen nicht immer genug intellektuellen Widerstand entgegensetzen konnte. Daß er an Spuk und Zauber ernsthaft geglaubt hat, läßt sich von einem Autor, der die Psychopathologie Swedenborg's mit nüchternen Worten gekennzeichnet hat, nicht annehmen. Zudem ist mit Vorsicht anzusehen, was vielfach lediglich Sensationslust und Medisance zu kolportieren sich bemühen. Doch hat uns Lombroso selbst oft gesagt, daß das Genie widerspruchsvoll ist. Mag er uns also immerhin hier ein Rätsel aufzugeben scheinen: andere haben es auch getan, und eine Verpflichtung es zu unterlassen hat er gewiß nicht gehabt.

In seiner Arbeitsweise war Lombroso bekanntlich sorglos. Seine häufigen Ungenauigkeiten in Einzelheiten erleichterten namentlich die pedantische Kritik ungemein, aber diese leichte Kritisierbarkeit, die so sehr zum Korrigieren einlud, hat seiner Sache nicht unbedingt geschadet, und es schien oft, als ob er sich dessen bewußt wäre: man erstaunt manchmal, wie wenig Mühe er sich gegeben hat, Mißverständnisse und Unebenheiten zu vermeiden. Weitere auffallende Züge in seinen Schriftwerken bilden eine gewisse (romanische) Neigung zum Superlativismus und der Hang zu starken Verallgemeinerungen: durch Einschaltung eines „zuweilen" oder „unter Umständen" wird manche These seiner Schriften fast aus einer anscheinenden Absurdität eine tiefe, nicht selten bedeutungsvolle Wahrheit. Aber auch diese Eigenheit förderte zuletzt meist seine Sache, weil sie oft ganz besonders zum Widerspruche herausforderte und dadurch um so sicherer die Diskussion erzwang: so entspringt vieles von seiner ursprünglichen Lehre vom „geborenen Verbrecher" dieser peremptorischen Darstellungsspezialität. Mitunter erscheint er auch unklar und verschwommen, und es ist manchmal schwer zu fassen, was er sich gelegentlich eigentlich vorgestellt hat. Lombroso besaß eine glänzende Intuition; wie ein Bergstrom konnte diese Seherschaft plötzlich überfluten, aber von der Ideation bis zur Niederlegung des Gedankens war es doch jedesmal ein gutes Stück Weg, sein Gedächtnis verließ ihn dann manchmal, und bei der Wiedergabe wurde es häufig nicht so konzinn, als es wohl konzipiert sein mochte.

Lombroso war Italiener und hat in erster Linie auch für Italiener geschrieben. Für viele seiner Bemerkungen und Exemplifikationen über allerhand Zustände, Tatsachen, Einrichtungen, Sitten und Anschauungen kommen zunächst nur italienische Verhältnisse in Betracht. Dieser Umstand wurde von den fremden Lesern vielfach übersehen, und so wurde nicht selten auch die Enge einer unzutreffenden Erfahrung zur Grundlage der Kritik.

In seinem Persönlichen vereinigte Lombroso die Vorzüge einer hohen Geistes- und Gemütskultur mit den nationalen Wesenszügen seiner engeren Heimat: im Verkehr wie im Leben war er verbindlich, nachsichtig, wohlwollend bis zur Dienstwilligkeit, und er hatte trotz seiner großen Bürden fast immer Zeit für fast jeden. Außerordentlich waren in seinen reiferen Jahren seine Menschenkenntnis und seine Klugheit, und er verstand es zuzeiten sogar weise zu sein. Unbezweifelte und glänzende Vorzüge waren sein stark ausgeprägtes Gerechtigkeitsgefühl, seine Furchtlosigkeit, seine fast unbegrenzte Menschenliebe, mit der er auch für das Wohl der am tiefsten Gesunkenen oft Sorge trug, wenn es irgendwie geschehen konnte, seine felsenfeste Überzeugungstreue, sein tiefer, demütiger Ernst dort, wo er glaubte, im Dienste wichtiger Kulturaufgaben zu stehen, sein abgeklärter und überlegener Optimismus, sein feiner Sinn für alles

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Treffliche. Im ganzen war er maßvoll. Freilich darf hier nicht übergangen werden, daß er sich in der Polemik leider nicht ganz selten zu scharfen oder nicht durchweg zu rechtfertigenden Worten hinreißen ließ. In Anbetracht dessen, was ihm einst widerfahren war, mag dies für viele wohl verständlich sein. Als ein Kämpfer wollte er auch immer gern erscheinen, und mit Nachdruck hat er auf den Titel eines seiner Bücher gesetzt „Battaglie".

Bemerkenswerte Eigenschaften waren weiter seine Bedürfnislosigkeit und seine große Schlichtheit: er war imstande, sich so unvermittelt zu geben, daß er förmlich kindlich erschien. Auch war er fast ganz ohne Ehrgeiz, doch gab es Dinge, auf welche er stolz sein konnte, z. B. seine Zeitschrift und die Organisierung der amerikanischen Reformstrafanstalt Elmira, die nach seinen Vorschlägen erfolgt war. Um vollständig zu sein, möge auch erwähnt werden, daß Lombroso nicht frei war von Bizarrerien und Wunderlichkeiten. Freilich ist nicht alles authentisch, was darüber erzählt wird.

Im ganzen läßt sich wohl sagen, daß Lombroso's großer Erfolg zwar zugleich die Wirkung seines Fleißes und seines Forschungsgenies war, nicht zum wenigsten aber auch seinem weiten Blick und seinem glücklichen Sinne für das Hauptsächliche zuzuschreiben ist. Dies wiegt um so schwerer, da man ihn wenig nannte und dann recht häufig in abfälliger Weise, trotzdem einzelne neuere Reformen fast direkt auf ihn zurückgehen und viele Tagesereignisse ihm beständig recht gaben. Ja, es scheint beinahe, als ob er in manchem auch dort noch recht behalten sollte, wo selbst viele seiner Anhänger mit ihm nicht übereinstimmten, so z. B. in der Epilepsiefrage. Allerdings finden seine Lehren nunmehr auch freiere Bahn als früher, insofern gegenwärtig gewisse starke autoritative Widerstände nicht mehr zur Geltung kommen. Es sei hier nur an Virchow's Gegnerschaft erinnert, der die für Lombroso's evolutive Erklärungsversuche besonders wichtigen fossilen Funde menschlicher Skeletteile für pathologisch erklärte, während es durch die neuen urgeschichtlichen Entdeckungen doch immer deutlicher wird, daß es sich hier um echte physiologische Bildungsprodukte früherer Entwicklungsstufen des Menschen im Darwin-Lombroso'schen Sinne handelt.

Es kann vielleicht die Frage aufgeworfen werden, ob nach Lombroso's großen Eroberungszügen für die Biologie des Menschen noch ähnliche Gebiete von annähernd entsprechender Wichtigkeit in nennenswertem Umfange zu besetzen sind. Darauf kommt es aber nicht so sehr an: für uns genügt es, daß Lombroso seine Leistung vollführt hat. Wenigen mag es vergönnt sein, ihm an Bedeutung nahe- oder gleichzukommen; nacheifernswert aber bliebe er selbst abgesehen von allen seinen geistigen Errungenschaften, denn er war ein hochherziger, gütiger Mensch, und er hatte etwas Ausgezeichnetes, einen Zug ins Heroische. Das ist nicht zu viel gesagt.

Ernst Jentsch.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

GENERAL LIBRARY, UNIV. OF MICH. JAN 24 1910

Zweites Dezemberheft 1909.

32. Jahrgang. Nr. 300. Neue Folge 20. Band.

Zentralblatt
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie

Herausgegeben
im Verein mit zahlreichen Fachmännern
des In- und Auslandes
von

Dr. Robert Gaupp
Professor der Psychiatrie an der Universität Tübingen.

1909, Heft 24.

Leipzig, 1909
Verlag von Johann Ambrosius Barth
Dörrienstraße 16.

Jährlich ein Band von 24 Heften. Preis des Bandes M. 24.—, nach dem Ausland postfrei M. 27.60.
Durch alle Buchhandlungen, die Postanstalten, sowie direkt vom Verlag zu beziehen.

Digitized by Google
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des zweiten Dezember-Heftes.

I. Originalartikel.

Seite

Julius Schroeder. Über die Systematik der funktionellen Psychosen. (Mit 2 Skizzen) 903
Eduard Hirt. Zur Psychologie und Klinik der „Somato- und Autopsychosen" . . 922

II. Bibliographie.

Hans Curschmann. Lehrbuch der Nervenkrankheiten 940
Buschan. Der Rechenkünstler Heinhaus 941
J. Glax und S. Kurz. Verhandlungen des IV. internationalen Kongresses für Thalassotherapie 942
Julius Allmann. Zur Frage der Graviditätsmyelitis 943

III. Referate und Kritiken.

Organische Erkrankungen des Nervensystems.

John Paterson. The report of a peculiar case of meningitis in which treatment by antimeningococcic serum was attempted 943
Raecke. Traumatische Meningitis purulenta ohne äußerliche sichtbare Verletzung . 944
G. Henderson und W. T. Ritchie. Gonococcal Meningitis 944
L. Rehn. Über Rückenmarksanästhesie 944
Southard and Richards. Typhoid meningitis: cultivation of bacillus typhosus from meninges and mesenteric lymph node in a case of general paresis, with note on experimental typhoid meningitis in the guinea-pig 945
H. Klose und H. Vogt. Experimentelle Untersuchungen zur Spinalanalgesie . . 945
Byrom Bramwell. Post-mortem findings in a case of pseudohypertrophic paralysis; artefact of spinal cord 945
Coulter. A second attack of general postdiphtheritic paralysis occurring after an interval of two years 946
Rosenfeld. Zur Behandlung der Tabes dorsalis 946
P. L. Ladame. Über posttraumatische spinale Amyotrophie 946
H. Shiota. Über die tuberkuloiden Veränderungen der peripheren Nerven bei Lepra nervorum 947
Leopold. Sacral tabes. A case with necropsy 947
Waterman. Facial paralysis: a study of three hundred and thirtyfive cases . . . 947
Alfred Fuchs. Die Therapie bei Trigeminusneuralgie 947
V. Christiansen. Hjärnetumons. Forsög poa Fjärnelse 947

Cesare Lombroso † 948

Um eine möglichst vollständige und schnelle Berichterstattung zu erreichen, wird um gefl. Einsendung aller **Sonder-Abzüge, Dissertationen, Monographien** usw. aus dem Gebiet der Nervenheilkunde und Psychiatrie bald nach Erscheinen an den Redakteur direkt oder durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Johann Ambrosius Barth in Leipzig ergebenst ersucht.

Anderweitiger Abdruck der für das Zentralblatt bestimmten Abhandlungen oder Übersetzung derselben innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist ist nur mit Genehmigung der Redaktion und Verlagsbuchhandlung gestattet.

Adresse der Redaktion: Prof. Dr. R. Gaupp in Tübingen, Osianderstr. 18.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In der Nähe einer Universitätsstadt gelegene, **vornehme Privatirrenanstalt,**
verbunden mit **offenem Sanatorium** für ca. 60 Personen,
sucht baldigst
Hochschullehrer als leitenden Arzt.
Gefl. Angebote und Bedingungen erbeten unter **K. H. 9794**
an Rudolf Mosse, Berlin S.W.

Dr. Kahlbaum, Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke.
Offene Kuranstalt für Nervenkranke.
Ärztliches Pädagogium für jugendliche Nerven- und Gemütskranke.

Dr. Dr. Teuscher's Sanatorium **Oberloschwitz-Weißer Hirsch** bei **Dresden.** **Physikal.-diätetische Kurmethoden für Nerven-, Stoffwechselkranke und Erholungsbedürftige. — Anwendung der physikalisch-diätetischen Kurmethoden.** — Vollkommene Einrichtungen für alle modernen Behandlungsmethoden. — Kleine Patientenzahl, Familienanschluß, individuelle Behandlung. — Zentralheizung. — Elektrisches Licht. — Großer alter Park. **Sommer und Winter geöffnet.**
Prospekt durch die Besitzer **Dr. Heinrich Teuscher,** Nervenarzt. **Dr. Paul Teuscher,** prakt. Arzt.

Sanatorium Dr. Arndt, Meiningen
Für **Nervenkranke** und **Erholungsbedürftige**
(früher im Besitze des Herrn Dr. Passow).
Prospekt durch den leitenden Arzt und Besitzer **Dr. med. Erich Arndt.**

Heilanstalt Kennenburg bei **Eßlingen** (Württemberg)
für psychisch kranke Damen.
Prospekte frei durch die Direktion.
Besitzer und leitender Arzt **Dr. R. Krauß.**

Haus Rockenau **b. Eberbach** (Baden).
Nervenkranke. — Entziehungskuren.
(Ausführlicher Prospekt.) **Dr. Fürer.**

Dr. Richard Fischers Kurhaus
für Nerven- und Gemütskranke.
Neckargemünd bei Heidelberg.
Privat-Heil- und Pflege-Anstalt. — Prospekte durch die Direktion.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bromglidine

neues Brom-Pflanzeneiweiß-Präparat. Reizloses, von Nebenwirkungen freies Sedativum von höchster Wirksamkeit. Angenehmer Ersatz für Bromkali. Ermöglicht, lange Bromkuren durchzuführen, ohne daß Nebenwirkungen auftreten. Indic.: Nervenkrankheiten, besonders Hysterie, Epilepsie, Neurasthenie, nervöse Angstzustände, Neuralgie, Chorea, Kopfschmerzen, durch Neurasthenie hervorgerufene Schlaflosigkeit, leichte neurasthen. Erscheinungen wie Mattigkeit, Schwindel. Rp. Tabl. Bromglidin. Originalpackung. :: Dos.: mehrmals tägl. 1–2 Tabl. :: Jede Tablette enthält 0,05 g an Pflanzeneiweiß gebundenes Br :: Preis: 1 Originalröhrchen 25 Tabl. M. 2.-. Literatur u. Proben kostenfrei.

Chemische Fabr. Dr. Volkmar Klopfer, Dresden-Leubnitz.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

PSYCHIATRIE.

Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte

von

Dr. Emil Kraepelin

Professor an der Universität München.

Achte, vollständig umgearbeitete Auflage.

I. Band: **Allgemeine Psychiatrie.**

XVI, 676 S. mit 38 Abb. u. einer Einschalttafel. 1909. M. 18.50; geb. M. 20.—.

II. Band: **Klinische Psychiatrie.**

XIV, 892 S. mit 53 Abb. und 13 Tafeln. 1904. M. 23.—; geb. M. 24.50.

Die neue Auflage, von der zunächst nur der I. Band erscheint, ist beträchtlich erweitert worden, da viele Lücken auszufüllen waren. Es sind ganz neue Kapitel angefügt worden, vielfach wird man auch dem Bestreben begegnen, die Beziehungen der Psychiatrie zu anderen Wissensgebieten, zur Psychologie, Biologie und Gesundheitslehre, zur Sittengeschichte, Gesellschaftskunde und Rechtswissenschaft stärker zu betonen.

Der II. Band: Klinische Psychiatrie wird in achter Auflage in keinem Falle vor Herbst 1909 erscheinen.

Von einem großen Teil der medizinischen Fachpresse wird das Kraepelinsche Lehrbuch als das beste jetzt existierende bezeichnet.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-13 19:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

HYGIAMA

Angenehm schmeckendes, konzentriertes Nährpräparat in Pulverform.

Hauptvorzüge: **Leichtverdaulichkeit — Wohlgeschmack — Billigkeit — rationelle Zusammensetzung — hoher Nährwert — Wechsel in der Zubereitung.**

Von vielen ärztlichen Autoritäten warm empfohlen bei:
neurasthenischen, hysterischen Verdauungsstörungen, nervöser Verdauungsschwäche, mangelhafter Ernährung, bei Blutarmut und in der Rekonvaleszenz, bei kochsalzarmer Diät, bei fieberhaften Erkrankungen spez. Typhus abd.

Vielfach zu künstlicher Ernährung benutzt.

Für **Nährklysmen** per os oder rectum ordiniere: 40 bis 50 g Hygiamapulver mit etwas heißem Wasser angerührt; hierauf mit 300 g Milch gut durchgekocht, 3 g Kochsalz zugefügt, eventuell noch 1 Ei eingequirlt, und da, wo indiziert, Alkohol oder Opiumtinktur zugesetzt.

Heilanstalten, Privatkliniken
wollen sich **wegen Vorzugsbedingungen** direkt wenden an

Dr. Theinhardts Nährmittelges. m. b. H., Stuttgart-Cannstatt 15.

Bromalin

Wertvolles Ersatzmittel
für
Bromalkalien.
Frei von Nebenwirkungen!

Bestens bewährt als
Antiepileptikum
wie überhaupt bei Brom-Indikationen.

Bromalin-Tabletten à 1 g.

Dionin

Relativ ungiftiger Ersatz
für
Morphin.
Keine Angewöhnung und Euphorie!

Vorzügliches
Sedativum
von prompter analgetischer Wirkung.

Dionin-Tabletten à 0,03 g.

Literatur zur Verfügung!

E. MERCK, DARMSTADT.

Generated on 2019-01-13 19:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Sanatorium ELSTERBERG

sächs. Vogtland.

für **Nerven-** und **Stoffwechselkranke, Herz-** und **Nierenleidende, Entziehungskuren** und **Erholungsbedürftige.** — Prospekte frei.

Sanitätsrat **Dr. Römer.**

Blankenburg a. H.

Sanatorium EYSELEIN

für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospekte durch den Besitzer und leitenden Arzt **Dr. Matthes.**

MORPHIUM Entwöhnung absolut zwanglos und ohne Entbehrungserscheinung. (Ohne Spritze.)

Dr. F. Müller's Schloss Rheinblick, Bad Godesberg a. Rh.

Modernstes Specialsanatorium. Aller Comfort. Familienleben. Prosp. frei. Zwanglos. Entwöhn. v. **ALKOHOL**

Godeshöhe

Godesberg-Rhein.

Erstkl. Anstalt für Nerven- und Gemütskranke. Durch Park getrennte Villen.

Dr. Bernard. Dr. Pohl.

Sanatorium Buchheide

Finkenwalde bei Stettin.

Heilanstalt für Nervenkranke, Alkohol- und Morphiumkranke.

Leitender Arzt **Dr. Colla.**

Sanitätsrat Dr. Bunnemann, Ballenstedt a. H.

Sanatorium für Nervenleidende und Erholungsbedürftige

Das ganze Jahr besucht. **Prospekt.**

Sanatorium Konstanzerhof

Konstanz-Seehausen

für **Nerven-** und **innere Krankheiten,** speziell **Herzkrankheiten.**

Anerkannt eine der schönsten und größten Kuranstalten Deutschlands. 20 Morgen großer Park. **Das ganze Jahr geöffnet.** Hydro- und Elektrotherapie, Wechselstrom-, Kohlensäure-, Sauerstoff- usw. Bäder. Mediko-mechanisches Institut (u. a. Dr. Bogheansche Atmungsmaschine). Freiluft-Liegekuren. Klinische Einrichtungen für Krankenpflege. Röntgen-Kabinett usw. Broschüren von Dr. Büdingen über die im Sanatorium geübte Behandlung werden auf Wunsch den Herren Kollegen zugesandt. Drei Spezialärzte für Nerven-, Herz- und innere Krankheiten.

Leitender Arzt und Besitzer: Dr. Büdingen.

Ausführliche illustrierte Prospekte durch die Verwaltung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MEYERS

150,000 Artikel und Verweisungen

Vollständig von A—Z liegt vor:

16,800 Abbildungen

6. neubearbeitete Aufl.

GROSSES KONVERSATIONS-LEXIKON

20 Bände geb. je 10 Mk.

18,593 Seiten Text

Probehefte u. Prospekte gratis durch jede Buchhandlung

Verlag des Bibliographischen Instituts in Leipzig

1525 Bildertafeln und Kartenbeilagen

Fluinol

Ges. geschützt 1899—1909

Herrliches Koniferenbad mit Fluoreszenz

Spezifikum gegen Gicht, Rheuma, Lungen- und Kehlkopfaffektionen, Haut- und **Frauenleiden, wunderbares Beruhigungs- und Kräftigungsmittel bei Herz- und Nervenleiden.**

Literatur und Proben kostenfrei.

Allein-Fabrikant **Alfred Schmidt,** Apotheker, Pharm.-chem. Laboratorium **Düsseldorf-Oberkassel,** früher Basel (Schweiz) u. St. Ludwig i. E.

Natürliches Arsen-Eisen-Wasser

RONCEGNO

das stärkste in Arsenik.

Erfolgreichst bei **Blutarmut, Haut-, Nerven- u. Frauenleiden.** Ärztlich empfohlen. Zu häuslichen Trinkkuren überall erhältlich.

Berühmter Bade-Luftkurort

(Südtirol)

$1^1/_2$ Stunde Bahn von **Trient.** Beliebtester Frühjahrs-, Sommer- und Herbst-Aufenthalt. **535 m.** Mildes Alpenklima. Würzige Luft. Dolomiten-Panorama.

Kurhaus u. Grands Hotels: Vornehmst I. Ranges.

150000 qm Privat-Nadelholz-Park. — Mai-Oktober. — Prospekte gratis.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-13 19:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Levico

Natürliches Arsen-Eisenwasser.

Empfohlen bei Anämie und ihren Folgezuständen, besonders bei allen Erkrankungen der Nerven usw. durch Autoritäten aller Länder.

= Käuflich in Apotheken und Mineralwasserhandlungen. =

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Entwicklung des Nervengewebes bei den Wirbeltieren

von

Dr. Hans Held

Professor an der Universität Leipzig

gr. 8°. IX u. 378 S. mit 275 Abbildungen auf 53 Tafeln. 1909.
M. 30.—, geb. M. 32.—.

Aus den Beobachtungen des Verfassers über das intraplasmatische Wachstum der sich bildenden Nervenbahn, über die ihr folgende periphere Wanderung der Neuroglia, über das frühe Eindringen von Neurofibrillen aus einem Neuroblasten in einen zweiten, dritten usw., sowie in periphere Innervationszellen im Sinne Agáthys, über den Ursprung einer Nervenfaser aus mehreren Neuroblasten, ergibt sich eine elementare histogenetische Auffassung des Nervensystems. Nicht als eine Summe von Neuronen (Waldeyer), den „anatomisch wie genetisch getrennten Nerveneinheiten" ist das Nervensystem entwickelt worden, sondern als ein Neurencytium.

Zentralblatt für normale Anatomie: Jetzt hat Held in großzügiger Weise seine Untersuchungen zusammengestellt und baut aus den aus ihnen gewonnenen Beobachtungen seine Lehre von der syncytialen Entstehung der Nervenfasern innerhalb eines Neurencytiums auf. — Es ist damit ein Werk entstanden, das einen Markstein in der Geschichte der Biologie bedeutet, ein Werk, das nicht allein für den Biologen, sondern auch für den Psychiater und Neurologen von fundamentaler Bedeutung ist.

Als Getränk für Nervenkranke

kann Kathreiners Malzkaffee in allen Fällen ordiniert werden. Er verbindet würzig kräftigen Geschmack mit absoluter Indifferenz. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu empfehlen. — Den Herren Ärzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

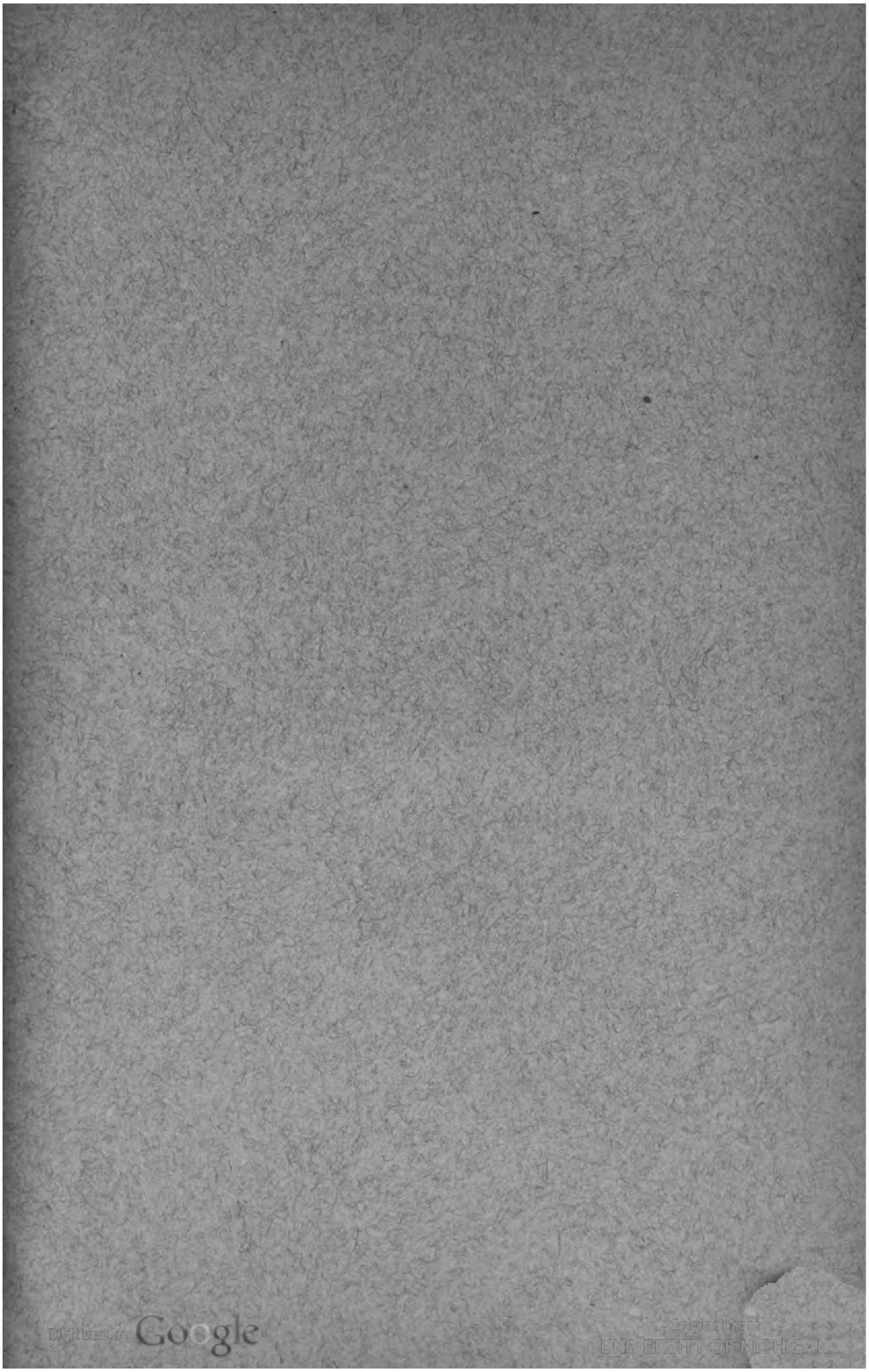
Mit je einer Beilage der Farbwerke von Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M., „Pharmazeutische Produktionen" betreffend, von Knoll & Co., Ludwigshafen, von der Chem. Fabrik auf Aktien vorm. E. Schering, Berlin und von E. Merck, Darmstadt.

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

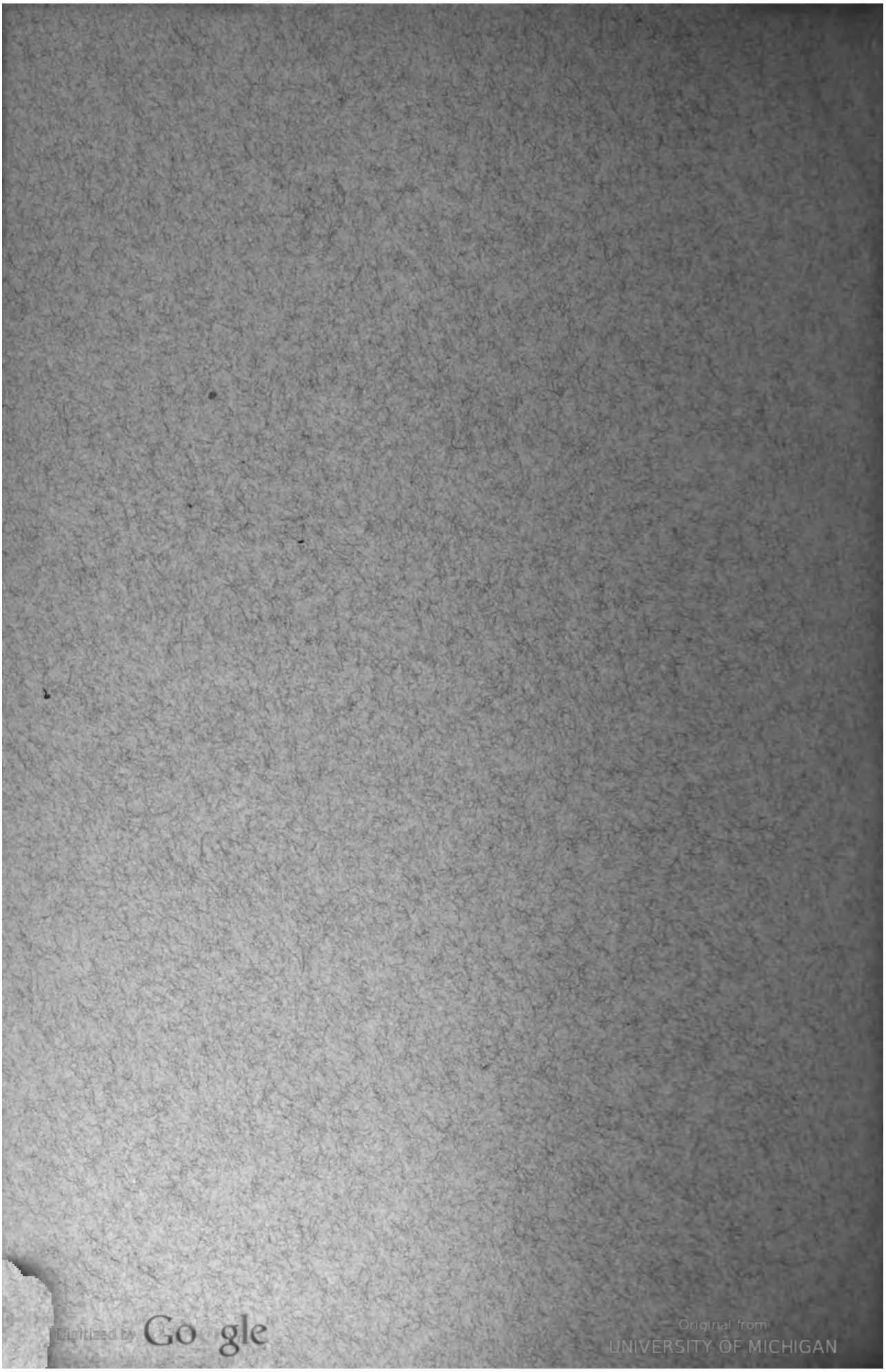
Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-13 19:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

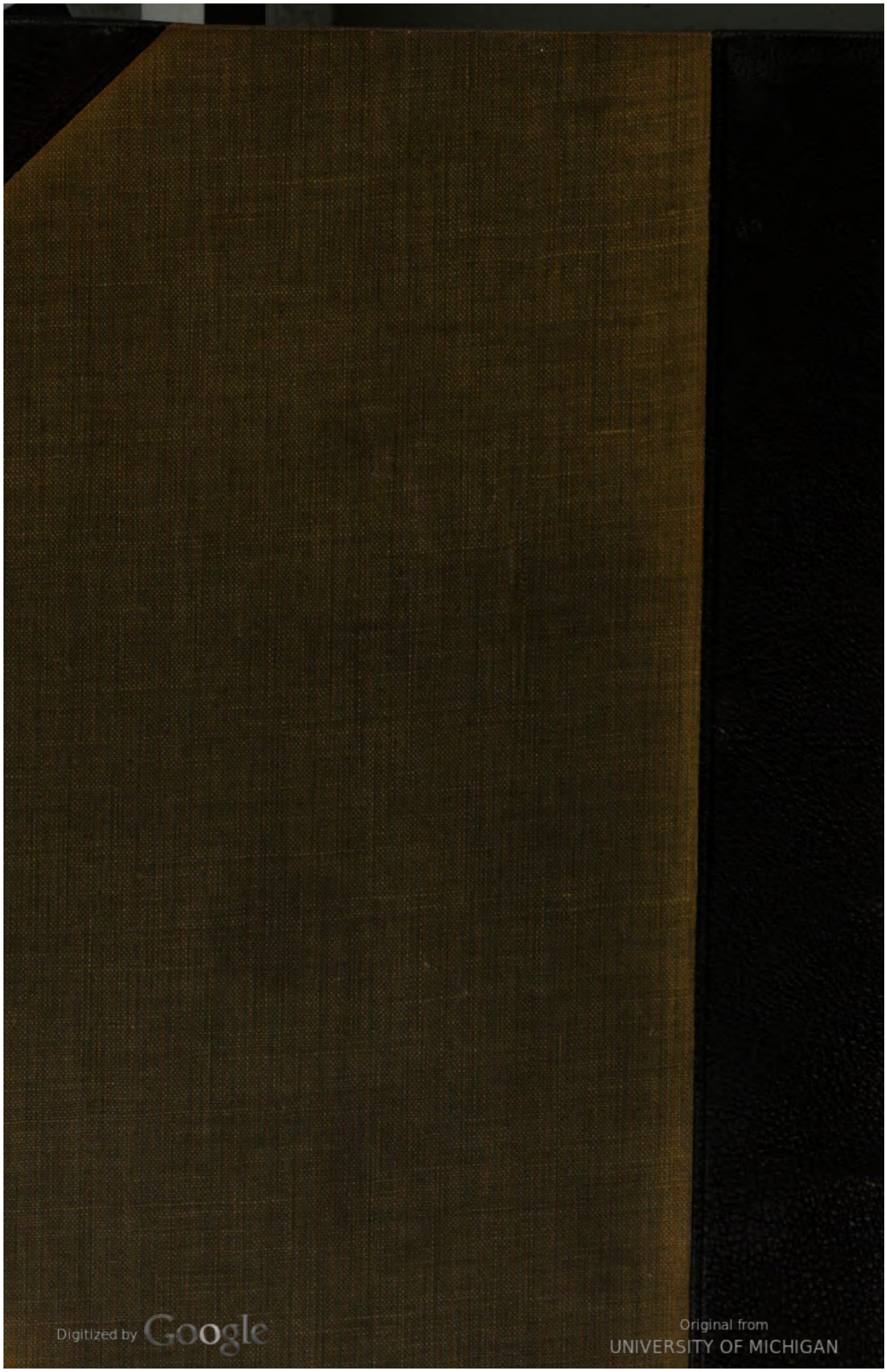
Generated on 2019-01-13 19:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

OCT 20 1910



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-13 19:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070272888
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google